**АФАЗІЯ**

**Навчально-методичний посібник**

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**ДЕПАРТАМЕНТ НАУКИ І ОСВІТИ**

**ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ**

**КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД**

**«ХАРКІВСЬКА ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНА АКАДЕМІЯ»**

**ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**

**АФАЗІЯ**

**Навчально-методичний посібник**

**Харків**

**2021**

**УДК 378.016:616.89-008.434.5 (075)**

**А 94**

|  |  |
| --- | --- |
| Укладачі: |  |
| **Самойлова І. В.** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри корекційної освіти та спеціальної психології | |
| **Тельна О. А.** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри корекційної освіти та спеціальної психології | |

Рецензенти:

**Перетяга Л.Є.**– доктор педагогічних наук, професор, кафедри спеціальної педагогіки Харківського Національного педагогічного університету ім. Г.С.Сковороди;

**Cінопальнікова Н.М.** –доцент, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри спеціальної педагогіки Харківського Національно-педагогічного університету ім. Г.С.Сковороди;

**Тарасова В. В.** –доцент, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри корекційної освіти та спеціальної психології Комунального закладу «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради.

**А 94 Афазія**: навч. – метод. посібн. для здобувачів освіти спеціальності  Дошкільна освіта, Спеціальна освіта. уклад. : І. В. Самойлова, О. А. Тельна. – Харків, 2021. – 156 с.

Пропонований навчально-методичний посібник «Афазія» охоплює теми з трьох розділів: «Сучасні підходи до визначення характеристики афазії», «Клінічна характеристика основних форм афазії», «Основні напрями корекційної роботи при афазії». Кожна тема посібника містить теоретичний матеріал, тестові завдання з перевірки знань та завдання для самостійної роботи здобувачів освіти.

Розрахований на викладачів, здобувачів освіти Дошкільна освіта, Спеціальна освіта денної та заочної форми навчання. Посібник буде корисним різним категоріям педагогічних працівників, а також усім, кого цікавлять проблеми дошкільної та спеціальної освіти.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **УДК 378.016:616.89-008.434.5 (075)** | | |
| *Рекомендовано науково-методичною радою академії Комунального закладу «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради.*  *Протокол № 4 від 10. 03.2021 р.* | | |
|  |  | ©ХГПА 2021  © Самойлова І.В.  © Тельна О.А. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗМІСТ** | |
| **ПЕРЕДМОВА**…………………………………………………………... | 3 |
| **ЗМІСТОВИЙ  МОДУЛЬ 1. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ АФАЗІЇ** ………………………….. | 5 |
| 1.1. Історичний огляд афазіології ……………………………………… | 5 |
| 1.2. Афазія як різновид мовленнєвого розладу ……………………….. | 16 |
| 1.3. Технології обстеження осіб із афазією …………………………… | 29 |
| Тестові завдання з перевірки знань ………………………………. | 45 |
| Завдання до самостійної роботи ………………………………….. | 50 |
| **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2. КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ФОРМ АФАЗІЇ** ………………………………………………. | 51 |
| 2.1**.** Моторні форми афазії: еферентна, аферентна, динамічна …….... | 51 |
| 2.2. Сенсорні форми афазії: акустико-гностична, акустико-мнестична, семантична ………………………………………………………... | 66 |
| Тестові завдання з перевірки знань ………………………………. | 77 |
| Завдання до самостійної роботи ………………………………….. | 83 |
| **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3. ОСНОВНІ НАПРЯМИ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ПРИ АФАЗІЇ** ……………………….. | 84 |
| 3.1Принципи і зміст корекційної роботи при моторних формах афазії ……………………………………………………………………………. | 84 |
| 3.2. Принципи і зміст корекційної роботи при сенсорних формах афазії…………………………………………………………………………… | 105 |
| Тестові завдання з перевірки знань …………………………….. | 116 |
| Завдання до самостійної роботи ………………………………… | 125 |
| **ПОНЯТІЙНО -ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК** ……………… | 129 |
| **ПІСЛЯМОВА** …………………………………………………………. | 140 |
| **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ** …………………………… | 141 |
| **ДОДАТКИ** …………………………………………………………….. | 147 |

**ПЕРЕДМОВА**

Шановні здобувачі освіти! Матеріали цього навчально-методичного посібника розроблено на основі робочої програми «Афазія» зі спеціальності «Спеціальна освіта».

Мовленнєві порушення, обумовлені ураженням нервової системи, є дуже складними з точки зору їх корекції та вимагають спільних зусиль педагогів і медиків. Медицина самостійно не здатна вилікувати ці розлади, а винятково педагогічні методи корекції мовлення також бувають безрезультатними. Правильно діагностувати природу та характерні особливості розладу, здійснити аналіз виявленої симптоматики, визначити структуру і патогенез мовленнєвого порушення допоможуть знання, накопичені дослідницькими методами суміжних наук, зокрема, невропатології та нейропсихології. Фахівець, який володіє цілим арсеналом спеціальних методів і прийомів, використання яких базується на знанні неврологічних та нейропсихологічних закономірностей мовлення та вченні про компенсаторні можливості нервової системи, може надати кваліфіковану допомогу дитині з особливостями психофізичного розвитку.

Матеріали цього навчально-методичного посібника допоможуть вам оволодіти теоретичними знаннями з етіології, симптоматики, патогенезу мовленнєвих розладів, спричинених афазією; а також опанувати навичками диференціальної діагностики афазії, сформувати навички навчальної діяльності та фахові компетенції логопеда.

Подані в навчально-методичному посібнику навчальні матеріали охоплюють найскладніші аспекти логопедичної проблематики й спрямовані на розв’язання таких **завдань:**

* сформувати достатні для майбутнього фахівця знання будови й функціонування органів периферичного мовленнєвого апарату, відділів та структурних утворень мозку, що забезпечують моторний рівень мовленнєворухового механізму мовлення;
* ознайомитися із клінічною і психолого-педагогічною характеристикою осіб, які мають афазію;
* оволодіти знаннями принципів складання корекційно-освітніх програм на основі особистісно – орієнтованого та індивідуально-диференційованих підходів до осіб з мовленнєвими порушеннями, зокрема, афазією;
* ознайомитись із методами та прийомами диференціальної діагностики, з метою надання консультативної допомоги особам, які мають афазію, їхнім родинам і педагогам з проблематики відновлювального навчання, соціалізації, життєвого та професійного самовизначення;

Особлива увага здобувачів освіти в роботі над дисципліною «Афазія» приділяється вивченню:

* етіопатогенезу та структури мовленнєвого розладу, характерних різним формам афазії, а також параметрів диференціальної діагностики;
* методів діагностики сформованості мовленнєворухової функції, методикам обстеження звуковимовної сторони мовлення у дітей із дизартрією та інтерпретації виявленої симптоматики;
* напрямкам корекційно-педагогічної роботи з подолання афазії.

На основі сформованих теоретичних знань, діяльність за планом практичних занять дисципліни забезпечить вироблення умінь:

* застосовувати методи диференціальної діагностики та аналізу розвитку осіб, які мають афазію;
* здійснювати прогнозування та вироблення стратегії цілеспрямованої логопедичної корекції порушень мовлення у осіб із афазією;
* користуватися спеціальною термінологією, обґрунтовувати доцільність добору методів корекції.

Успішне оволодіння теоретичною та практичною частиною дисципліни забезпечить ґрунтовну підготовку здобувачів освіти до проходження логопедичної практики в закладах спеціальної освіти.

## ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ АФАЗІЇ

## *1.1. ІСТОРИЧНИЙ ОГЛЯД АФАЗІОЛОГІЇ*

***План***

1. З історії вивчення проблеми афазії у вітчизняній літературі і за кордоном
2. Етапи розвитку вивчення афазії за І. Зайцевим

|  |  |
| --- | --- |
| ***З історії вивчення проблеми афазії у вітчизняній литературі і за кордоном*** | Афазія належить до числа найбільш складних патологій мовлення центрального органічного ґенезу. Афазія – це повна або часткова втрата мовлення, що виникає унаслідок органічного ураження кори головного мозку. |
| Афазія є системним порушенням мовлення, яке охоплює різні рівні організації мовлення, впливає на його зв'язки з іншими психічними процесами та призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери індивіда. При афазії порушується, насамперед, комунікативна функція мовлення. Афазія характеризується порушенням всіх сторін мовлення: фонетики, лексики, граматики. Про афазію, як мовленнєве порушення йдеться у випадках втрати вже системно сформованого мовлення. Афазія виникає внаслідок органічного ураження головного мозку різної етіології: пухлин, черепно-мозкових травм, порушень кровообігу, судинних захворювань, інфекційних захворювань.  Вивчення афазії пов'язане з іменами відомих в усьому світі учених, чи імена не зникають зі сторінок підручників і монографій неврологів і психіатрів, анатомів і фізіологів ХІХ ст., пізніше ‒ психологів і нейропсихологів,дефектологів і логопедів ХХ століття, про що свідчать дослідження П. Брока, Г. Ван Сміта, К. Верніке, Дж. Джезнера, Х. Джексона, Г. Ідельсона, А. Кожевнікова, Л. Кусмауля, Г. Ліпмана, Л. Ліхтгейма, А. Труссо, К. Уілсона, І. Хеда, Дж. Шмідта.  Вагомий внесок у розвиток вчення про афазію зробили вчені О. Лурія, Е. Бейн, М. Бурлакова, Т. Візель, І. Власенко, В. Коган, В. Оппель, О. Правдіна-Вінарська, М. Рождественська, Л. Цвєткова, В. Шкловський. Продовжують свої дослідження Т. Ахутіна, М. Бурлакова, Т. Візель, І. Зайцев, А. Савицький, Л. Цвєткова.  Нейропсихологічний підхід до організації вищих коркових функцій О. Лурії є продовженням нейрофізіологічних відкриттів І. Павлова, Н. Бернштейна та П. Анохіна, і навіть нейропсихологічних і психологічних поглядів Л. Виготського, О. Леонтьєва та інших психологів. Нейропсихологічна методика, розроблена О. Лурією, дозволяє досліджувати різні симптоми, й синдроми та закономірні поєднання симптомів, що виникають під час ураження тих чи інших структур мозку. Ця методика дозволяє не тільки зробити висновок про наявність тієї чи іншої форми афазії, але й діагностувати локалізацію (місце) ураження мозку.  Форма афазії, тяжкість порушення та характер його проявів залежать від таких факторів:   * поширеність та локалізація ураження, * характер порушень мозкового кровообігу, * стан збережених відділів мозку, що виконуватимуть компенсаторні функції.   Нині більшість афазіологів поділяють думка про символічний (мовний) рівень порушень при афазії і визнається необхідність використання досягнень лінгвістики вивчення клініки афазії і нейролінгвістичного підходу до неї (Т. Візель, О. Винарська, Т. Глезерман, Р. Якобсон та інші.).  Здатність людини опановувати різними кодами мови – фонологічним, морфологічним, синтаксичним – пов'язана з можливістю використовувати для цього різні ділянки мозку. Реалізація нейролінгвістичного підходу до афазії, зазначає Т. Глезерман, можлива у разі, якщо буде виявлено наявність характерного зв'язку між ураженням третинних полів головного мозку з розладом окремих кодів мовлення.  Нейролінгвістичний підхід до розуміння порушення мовленнєвих функцій під час локальних уражень мозку було закладено вже найпершими дослідженнями, проведеними О. Лурією та Є. Бейн. О. Лурія був після Р. Хеда однім із перших, хто об’єднав у свої дослідження афазії досягнення сучасної нейропсихології, психології та психолінгвістики. Він ще в 40-і роки дав дійсно науковий нейролінгвістичний аналіз порушень мовлення при афазії – говоріння й розуміння, основу якого склав нейропсихологічний аналіз розладу. Учні та послідовники О. Лурії продовжують розпочатий ним розвиток нейролінгвістичного аналізу афазії, досліджуючи такі питання, як відношення між «зовнішнім» значенням і «внутрішнім» сенсом, розглядаючи їх у синтаксичному аспекті.  Нейролінгвістичний метод аналізу широко діє з метою уточнення структури та механізмів порушення різних лінгвістичних рівнів вимови (слова, речення, фрази) і розробки відповідних методів подолання цих розладів.  Учення про афазію одержало нині назву *«афазіологія»* (Л. Цвєткова, М. Крітчлі). Л. Цвєткова вважає афазіологію самостійною галуззю наукового знання, що не є частиною неврології, нейропсихології чи логопедії.  Сучасні афазіологи розглядають афазію як складне, неоднорідне за структурою та змістом порушення, що впливає на всю психічну діяльність суб'єкта з афазією. На думку М. Крітчлі, афазіолог є спеціалістом, який досліджує мовленнєві порушення в різноманітних аспектах. Водночас афазіолог не займається патологією мовленнєвих органів, тобто не працює з такими порушеннями, як заїкання та дислалія.  Уперше термін «афазія» запропонував французький лікар А.Труссо у 1864 році, але перші описи симптомів втрати мовлення у хворих з’явилися понад 200 років тому. Так ще у ХVII-ХVIII ст. Дж. Шмідт, П.Ромелінс, Г.Ван Сміт відзначали, що хворі, які перенесли захворювання головного мозку, забувають слова, тобто у них спостерігалось явище, що згодом одержало назву амнестична афазія. Дж. Джезнер описав випадок жаргон-афазії, як синдром мовленнєвого порушення, схожий на сенсорну афазію. С. Моргагні також зазначав, що після інсультів і травм голови в пацієнтів спостерігаються специфічні порушення мовлення. | |
| ***Етапи розвитку вивчення афазії за І.Зайцевим*** | І. Зайцев у 2006 році виділив три етапи розвитку вчення про афазію.  *Перший етап* (друга половина XIX – початок XX століття) характеризується виділенням основних форм афазії. Вивчення та опис афазії на той час були пов’язані з роботами П. Брока, |
| К. Верніке,Л. Ліхтгейма, К. Вилсона, Г. Ліпмана, Х. Джексона.  У квітні 1861 року П. Брока продемонстрував у Паризькому антропологічному товаристві мозок свого першого пацієнта, у якого за життя спостерігалися порушення артикульованого мовлення. На підставі цих спостережень П. Брока зробив висновок, що принципово продовжував спроби безпосередньо пов’язати складні психологічні функції з обмеженими ділянками мозку, а саме, підтвердити твердження про те, що клітини даної ділянки мозкової кори є своєрідним «депо» образів тих рухів, які складають наше артикульоване мовлення.  Через десять років після винаходу Брока, Верніке описав випадок, коли ураження задньої третини верхньої скроневої звивини лівої півкулі спричинило порушення розуміння мовлення. На основі цього Верніке зробив висновок про те, що «сенсорні образи слів» локалізуються в описаній ним зоні кори лівої півкулі.  Відкриття Брока і Верніке поклали початок дискусії учених двох напрямків: «локалізаціоністів» і «антилокалізаціоністів». Ця дискусія тривала протягом п’ятдесяти років. Перші «прив’язували» складні психічні функції до певних ділянок мозку. П. Марі розглядав афазію як результат порушення «інтелектуальних функцій» і вважав пацієнтів із афазією дементними, душевно хворими. Видатний афазіолог К. Гольдштейн вважав, що порушення складних функцій неможна співвідносити з окреммими ділянками кори та що мозок людини працює як єдине ціле. Він пов’язував порушення складних психічних функцій під час захворювань головного мозку зі змінами інтелектуальної діяльності, з ураженням глибинних «інстинктів», із порушенням «абстрактної установки», «символічної діяльності», «категоріальної поведінки».  Особливий внесок у розуміння складних психічних функцій було зроблено Джексоном, який іще в 1863 році показав, що кожна функція має складну «вертикальну» організацію, і стверджував, що можна локалізувати симптом, але неможна локалізувати функцію, оскільки вона має складну ієрархічну структуру: від нижчої ланки до вищої.  Вивченню проблем локалізації вищих психічних функцій передувала публікація монографії І. Сеченова «Рефлекси головного мозку», що мала великий вплив на праці В. Тарковського, С. Давиденкова М. Аствацатурова, М. Кроля та інших учених.  К. Вилсон та Г. Ліпман розглядали основні форми афазії, як варіанти апраксії та агнозії, що викликало заперечення Х. Джексона, який наполягав, що воля, пам’ять, мислення, мовлення є елементами свідомості і не можуть бути локалізовані у певному відділі мозку. Він був першим неврологом, який визначив динамічний підхід до різних симптомів ураження. Подібної думки дотримувався Г. Хед, який запропонував розглядати мовленнєві порушення з точки зору лінгвістики і виділив чотири форми афазії: вербальну, номінативну, синтаксичну та семантичну.  *Другий етап***,** що розпочався з 40-х рр. XX ст. називається «сучасним» і характеризується активним розвитком афазіології. Розвиток афазіології був спричинений появою нової науки ‒ нейропсихології, яка стала науковим підґрунтям вчення про афазію. Засновником афазіології вважається О. Лурія, який уточнив саме поняття афазії, що почало розглядатися як системне порушення мовленнєвої функції, що виникає під час локального ураження певної зони мозку. В цьому визначенні відображене ґрунтовне уявлення О. Лурії про мозок як цілісний у функціональному відношенні орган, але такий, що складається з окремих ділянок, які мають свою специфічну функціональну спеціалізацію. Відповідно до цього вчення структура мовленнєвого розладу під час афазії має системний характер і містить первинні симптоми у вигляді агнозій і апраксій, а також вторинні у вигляді порушень смислової сторони мовлення. Завдяки дослідженням О. Лурії та його послідовників визначено, які саме зони задіяні в результаті безпосереднього ураження зон локалізації мовленнєвого гнозису і праксису, а які виявляються функціонально неповноцінними.  До нейропсихології, у якості її найбільш розробленої складової частини, належить і афазія, що на сучасному періоді розвитку набуває все більшої самостійності, тому деякі зарубіжні дослідники виділяють учення про афазію в самостійну галузь наукового пізнання – афазіологію.  Видатний учений розробив найпоширенішу класифікацію цього мовленнєвого порушення, в основу якої було покладено результати синтезу морфологічних, синдромологічних і лінгвістичних понять. О. Лурія виділив три форми порушення експресивного мовлення (моторної афазії): аферентну (кінестетичну), еферентну (кінетичну) та динамічну, а також три форми порушення імпресивного мовлення: сенсорну, семантичну та амнестичну афазії.  Нині ця класифікація вже не відповідає сучасному стану наукового пізнання. Дуже важливим інструментом в нейропсихології, неврології, дефектології стала нова класифікація афазій, створена О. Луріею, заснована на якісному синдромному аналізі розладу.  *Третій етап,* за О. Лурією, – це «справа майбутнього», який пов’язаний із подальшим розвитком сучасних наукових пошуків М. Бурлакової, Т. Візель, В. Оппель, Л. Цвєткової, В. Шкловського та інших. Цей етап, на думку І.Зайцева, характеризуватиметься вивченням не розв’язаних нині питань афазіології, зокрема участі правої півкулі у виникненні та симптоматиці афазії, механізмах виникнення та симптоматиці дитячої афазії.  **Дитяча афазія.** Як зазначалося вище, афазія виникає частіше у дорослому віці, однак в останні роки зросла кількість «дитячих» афазій, що спричинило нові наукові пошуки щодо з’ясування сутності *дитячої афазії.* Водночас наукових даних про механізми порушень, симптоматику та можливості відновлення при дитячій афазії вкрай недостатньо.  Відомий англійський афазіолог М. Крітчлі наводить чотири варіанти атипового формування мовлення в онтогенезі:  1) дитина може почати говорити відносно пізно, мовленнєвий розвиток відбувається повільно; артикуляція при цьому залишається чистою і наприкінці все ж досягається нормальний лінгвістичний рівень;  2) дитина починає говорити пізно, подальший мовленнєвий розвиток повільний; артикуляція неправильна, іноді виникає дислалія, або мовленнєві запинки, або заїкання; ці розлади мовлення можуть зникнути, але можуть і залишитися;  3) дитина може не говорити протягом невизначено тривалого часу, однак артикульоване мовлення з‘являється і потім дозріває з надзвичайною швидкістю;  4) дитина може продовжувати мовчати невизначений час, а потім несподівано вимовляє правильні фрази і речення. Після цього мовлення розвивається швидко.  Зауважимо, що М. Крітчлі визначає ці варіанти як незвичні форми розвитку мовлення, але не як патологію [15].  Водночас нетиповими при дитячій афазії автор називає логорею, жаргонізми, прості порушення називання. Специфіку корекційно-відновлювальної роботи при афазіях у дітей дошкільного віку представлено у дослідженнях Н. Манеліс, Н. Корсакової, Ю. Мікадзе, А. Семенович, Є. Симерницької, Д. Фарбер. Вони приділяють велике значення розумінню мозкової організації вищих психічних функцій, мають питання формування мовленнєвої і рухової функцій у дітей. Як зазначав Л. Виготський, ураження зони локалізації тієї чи іншої психічної функції на різних етапах онтогенезу призводить до появи різних системних дефектів, при цьому в ранньому віці воно зумовлює ураження вищого, а при ураженні в більш зрілому віці – нижнього центру.  Поділ кори мозку на блоки і опис їх функціональної спеціалізації, проведений О. Лурією, є для нейропсихологічної концепції мовленнєвої функції у дітей дошкільного віку є достатньо важливим. По-перше, це має значення для уточнення мозкових механізмів мовленнєвих операцій, тощо  по-друге, що порушення парадигматичної і синтагматичної сторін мовлення призводять до афазій, які мають різні механізми виникнення.  Водночас, внаслідок розвитку сучасних медичних технологій останнім часом невпинно зростає кількість дітей, що втратили мовлення у дошкільному віці внаслідок нейрохірургічного втручання при видаленні злоякісних пухлин головного мозку.  Досить часто такі операції проводять для збереження життя дитини, однак наслідки оперативного втручання у діяльність великих півкуль головного мозку майже завжди виявляються у порушенні вищих психічних функцій, у тому числі й мовлення. У зв’язку з цим, необхідно використовувати сучасні ефективні методики корекційно-відновлювальної роботи з дітьми, які страждають на постопераційну афазію, у процесі спеціально організованого корекційно-відновлювального навчання.  Схожість дитячої афазії з афазіями у дорослих полягає у тому, що:   1. має місце втрата вже сформованого мовлення; 2. схожі причини виникнення афазії (травми, запальні процеси, пухлини мозку, рідше ‒ інсульти); 3. схожість клінічної картини дитячої афазії у школярів і дорослих.   Водночас, їх відмінність полягає у наступному:   1. навіть найтяжчі афатичні синдроми у дітей швидше підлягають відновленню; 2. у дошкільників афазії не настільки різноманітні, як у дорослих, оскільки їхнє мовлення не досягло відповідного рівня розвитку [10].   За даними Є Симерницької, мозкові механізми, що забезпечують здійснення мовленнєвої функції у дітей, є специфічно іншими ніж у дорослих. Ці відмінності виражаються, з одного боку, ‒ в меншій частоті афазій при локальних ураженнях лівої півкулі, а з іншого, ‒ в більшій ролі правої півкулі при забезпеченні мовленнєвих функцій у дошкільному віці. Дослідниця визначає, що нестандартні форми взаємодії півкуль мозку відіграють значну роль в індивідуалізації розладів мовлення і інших вищих психічних функцій.  Досліджуючи мовлення дітей з постопераційною афазією А. Савицький зазначив, що характер порушень їхньої мовленнєвої та рухової сфер дозволяє зробити висновок про спільну моторну природу порушень мовленнєвої та рухової сфери у цієї категорії дітей. Автор наголошує, що у дітей з постопераційною моторною афазією значно знижений, порівняно з дорослими, обсяг автоматизованих рядів, які можуть бути використані на ранніх етапах корекційно-відновлювальної роботи, що значно ускладнює її проведення на основі використання схем, традиційних для роботи з дорослими хворими на афазію [34]. | |
| **Контрольні запитання**   1. Дайте визначення поняття «афазія» 2. Охарактеризуйте класифікацію афазії за О. Лурією. 3. Дайте визначення поняття «афазіологія». 4. Назвіть основні відмінності афазії у дітей і у дорослих. 5. У чому полягає вирішальна роль досліджень О. Лурії для афазіології? 6. Які ви знаєте форми дитячої афазії? 7. Назвіть фактори від яких залежитьформа афазії, тяжкість порушення та характер його проявів. 8. Охарактеризуйте схожість дитячої афазії і афазії у дорослих.   **Рекомендована література**   1. Базима Н. В. Застосування заохочень для підвищення мотивації до мовленнєвої діяльності. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 27. С. 13-17. 2. Бейн Э.С. Э. С. Пособие по восстановлению речи у больных с афазией. Москва: Книга по Требованию, 2012. 334 с. 3. Винославська О. В., Бреусенко-Кузнєцов О. А., Зливков В. Л. Психологія : навч. посіб. Київ: ІНКОС, 2009. 390 с. 4. Мартиненко І. В. Логопсихологія: курс лекцій : навчальний посібник. Київ : ДІА. 2014. 100 с. 5. Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. / М. К. Шеремет, О. В. Боряк. Суми: ФОП Цьома С. П., 2016. 252 с. 6. Основи етики спілкування з особами з інвалідністю: Навчально-методичний посібник / За ред. акад. В. М. Синьова. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 150 с. 7. Савицький А.М. Корекція мовленнєво-рухової діяльності у дошкільників з дитячою афазією: дис… канд. наук: 13.00.03 –Корекційна педагогіка. Київ, 2009. 8. Тищенко В. В. Класифікації порушень мовленнєвого розвитку: сучасний стан, протиріччя та шляхи їх усунення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 29. С. 112-118. 9. Фомічова Л. І. Мова, мовлення та когнітивні процеси на ранніх етапах корекційного впливу. *Актуальні питання сурдопедагогіки: зб. наук. пр. НПУ імені М. П. Драгоманова*. Київ: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова. 2003. С.196-208. 10. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник. Київ: КНТ, 2006. 380 с. 11. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров’я. *Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна.* Кам’янець-Подільський : ПП Мошинський В. С. 2006. № 6. С. 337-342. 12. Шеремет М. К., Прокопенко А. В. Особливості розуміння мовленнєвого висловлювання у підлітків з афазією. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* 2011. Вип. 17. С. 286-288. Режим доступу: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2011_17_72>. 13. Шеремет М. К. Логопедія. Підручник. Київ: Слово. 2014. 672 с. | |

***1.2.*  *АФАЗІЯ ЯК РІЗНОВИД МОВЛЕННЄВОГО ПОРУШЕННЯ***

***План***

1. Этіологія афазій. Симптомокомплекс афазичного розладу.
2. Лингвистична класифікація афазій за Р. Якобсона.
3. Нейролингвистична класифікація афазій.
4. Нейропсихологична класификація афазій.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Этіологія афазій. Симптомокомплекс афазичного розладу*** | *Афазією називають* системне порушення мовлення, що полягає у цілковитій втраті або частковій втраті мовлення й обумовлене локальним ураженням однієї чи більше мовленнєвих зон мозку. |
| Термін «афазія» походить від грець. «*phasio*» (говорю) та префікса «а» («не») й означає дослівно «не говорю».  У більшості випадків афазія виникає у дорослих людей, однак вона можлива й у дітей, якщо ураження мозку виникло після того, як мовлення хоча б частково сформувалося.  Оскільки під час афазії мовлення не завжди повністю відсутнє, її можна було б назвати дисфазією. Однак у науці існує поняття зайнятого терміну. В цьому випадку саме це і є перешкодою для позначення неполної руйнації мовлення як «дисфазії». В літературі, особливо західній, до терміну «дисфазія» відносять різноманітні порушення мовленнєвого розвитку дітей, аналогічно до того, як дислалією називають порушення звуковимови, а не часткове недорозвинення мовлення (алалію).  Сказане вище пояснює певну умовність термінів «афазія» і «алалія». З точки зору строгої логіки, наявний певний парадокс ‒ можна констатувати, що у пацієнта є афазія середнього чи легкого ступеня вираженості, водночас сам термін передбачає відсутність мовлення. Ця термінологічна неточність є даниною традиціям, що обумовили виникнення цих не зовсім точних позначень.  Проте, попри ці термінологічні умовності, поняття афазії на сучасному етапі є цілком визначеним. Воно зводиться до визнання системності мовленнєвого розладу, що передбачає наявність первинного порушення та зумовлених ним вторинних дисфункцій мовлення, що охоплюють всі мовні рівні (фонетику, лексику та граматику);  Такий стан речей обумовлений специфікою самої мовленнєвої функції:  1) її розподілом на внутрішнє та зовнішнє мовлення  2) системністю, тобто залежністю одних частей від інших, як у будь-якій системі.  Етіологія афазій. Симптомокомплекс афазичного розладу  Афазія може мати різну етіологію: судинну, травматичну (черепно-мозкова травма); пухлинну.  Судинні ураження мозку мають різні назви: інсульти, або інфаркти мозку, або порушення мозкового кровообігу.  Вони, у свою чергу, діляться на підвиди. Основними видами інсультів (інфарктів мозку, порушень мозкового кровообігу) є ішемія та геморагія. Термін «ішемія» означає «голодування». Термін «геморагія» означає «крововилив» (від лат. *gemorra* ‒ кров). «Голодування» (ішемія) призводить до загибелі клітин мозку, оскільки вони залишаються без основної «їжі» ‒ крові. Крововилив (геморагія) також руйнує клітини мозку, але з інших причин: або вони заливаються кров’ю (образно кажучи, «похлинаються» кров’ю та розм’якшуються, утворюючи в мозку зони пом’якшення), або на місці крововиливу утворюється кро’яний мішечок – гематома. Своєю вагою гематома руйнує (розчавлює) найближчі нервові клітини. іноді гематоми перетворюються на тверді мішечки ‒ кісти ‒ «кістуються». У цьому випадку зменшується небезпека їх розриву, але небезпека розчавлення мозкової речовини залишається.  Причиною ішемії можуть бути:   * стенози (звуження судин мозку), в результаті чого ускладнено проходження крові судинним руслом; * тромбози, емболії або тромбоемболії, які перекривають судинне русло; тромб – це сгусток крові, що відіграє роль «корка», ембол ‒ інородне тіло (бульбашка повітря, відірваний шматочок дряблої тканини хворого органа, навіть серця); емболії ‒ це ті самі емболи, однак огорнені згустками крові; * склеротичні «бляшки» на стінках судин, що перешкоджають кровотоку; * тривала артеріальна гіпотонія, коли стінки судин не отримують необхідного напору крові, слабнуть і опадають, стаючи нездатними проштовхувати кров;   Причиною геморагії можуть бути:   * високий артеріальний тиск, що розриває стінки судин; * вроджена патологія судин, наприклад, аневризми, коли вигнута стінка судини витончується і розривається легше, ніж інші її частини; * склеротичні нашарування на стінках судин, що роблять їх ламкими та збільшують ризик розриву навіть під час невисокого артеріального тиску.   Травми мозку бувають відкриті та закриті. І ті, і ті руйнують мозок, у тому числі й мовленнєві зони. Крім того, під час травм, особливо пов’язаних із ударами по черепу, більшою мірою, ніж під час інсультів, існує небезпека патологічного впливу на весь мозок ‒ контузії. У цих випадках, окрім ділянкової симптоматики, можуть виникати зміни перебігу нервових процесів (уповільнення, ослаблення інтенсивності, млявість, в’язкість тощо).  Під час відкритих травм мозку вдаються до хірургічного втручання з очищення ран, наприклад, від уламків кісної тканини, згустків крові тощо, під час закритих травм може проводитися хірургічне втручання (трепанації черепа), а може бути призначене консервативне лікування, що передбачає терапію, розраховану здебільшого на розсмоктування внутрішньочерепних гематом.  Пухлини мозку можуть бути доброякісними та злоякісними. Злоякісні вирізняються швидшим темпом росту. Так само, як і гематоми, пухлини здавлюють речовину мозку, а проростаючи в нього, знищують нервові клітини. Пухлини необхідно лікувати оперативно. Нині техніка нейрохірургії дозволяє видаляти ті пухлини, що раніше вважалися неоперабельними. І все ж таки, залишаються деякі пухлини, видалення яких становить небезпеку через пошкодження життєво важливих центрів, або вони сягнули вже такого розміру, що речовина мозку зруйнувалася, і видалення пухлини не дасть істотних позитивних результатів.  Первинний розлад ‒ аферентна артикуляторна апраксія, описана вище. Головним проявом цієї апраксії є розпад узагальнених артикуляторних поз звуків мовлення ‒ артикулем. Це призводить до нездатності відтворювати звуки мовлення ‒ їх артикулювати. у результаті мовлення у хворого відсутнє чи має різко обмежений обсяг. Часто звуки мовлення відтворюються викривлено, особливо якщо вони є близькими за способом і місцем творення, ті, що вимовляються тим самим органом, наприклад, губами, кінчиком або коренем язика. Такі звуки називаються гомоорганними («гомо» ‒ «однорідний», «органний» ‒ «що належить до органа»). Так, до гомоорганних звуків належать [т-д-л-н], [б-м-п], [г-к]. | |
| ***Лингвистична класифікація афазій за Р. Якобсоном*** | У результаті локальних уражень мозку виникають тяжкі розлади мовлення. Найбільш розповсюдженими з них є афазії.  Під час афазій проявляються системні |
| порушення мовленнєвої функції, що охоплюють усі рівні мови, включно з фонетикою, лексикою та граматикою. Клінічні картини афазій не є однорідними. Різниця між ними обумовлена передовсім локалізацією зони ураження. Існують так звані мовленнєві зони мозку: задні відділи нижньої лобної звивини, скроневі звивини, нижня тім’яна ділянка, а також зона, розташована на стику тім’яної, скроневої та потиличної ділянок лівої домінантної півкулі головного мозку.  У вітчизняній і зарубіжній афазіології існують різні класифікаційні системи афазичних розладів. Так, аналізуючи афазії різних видів, Р. Якобсон, О. Лурія) вніс у афазіологію принципово новий і тепер уже загально визнаний і всім зрозумілий підхід ‒ підхід лінгвіста. До цього, факти фонологічної, морфологічної і синтаксичної структури мови ігнорувалися, а описувалася, так би мовити, моторність або сенсорність типу афазії.  Якобсон увів дихотомію *селекції,* що базується на парадигматичних відношеннях одиниць (подоба, схожість), і *комбінації, що охоплює зо*внішні відношення одиниць за їх суміжністю – синтагматику (суміжність, сусідство або близькість, підпорядкування, узгодження).  *Приклад селекцій (подібність, парадигматика).* Класифікація, віднесення до якоїсь категорії (опозиції [б] ‒ [п], тварина ‒ рослина, «брат ‒батька», «хрест над кругом»). Під час порушення парадигматики спостерігається порушення фонемних опозицій, тобто парафазії літеральні (звуки) («гімната» ‒ замість «кімната», «Порис» ‒ замість «Борис»), і вербальні (слова): «валіза» ‒ замість «скринька», «мавпа» ‒ замість «папуга».  Приклад комбінацій (суміжність, синтагматика). Зчеплення звуків у склади, морфем – у слова, слів – у речення («Батько хворий», «Будинок палає»), а речень – у зв’язний текст. Під час порушення синтагматики спостерігається «телеграфний стиль» мовлення.  Якобсон пише, що ця класифікація викликала інтерес у таких визнаних афазіологів, як Лурія у Росії та Вепмен і Гудгласс у США. Він вирішив зіставити свою дихотомію із традиційним відмежуванням сенсорної та моторної афазії.  Якобсон вважає цей розподіл невдалим, оскільки він створює помилкове уявлення, що справа зводиться тільки до порушення артикуляторної здатності, або тільки до пошкодження сенсорного («слухового», того, що сприймає) апарата. Якобсон пише, що непорозуміння зникає, якщо замінити термін «моторний» на «кодування», а термін «сенсорний» ‒ на «декодування». У цьому разі значною мірою зникає відмінність між: розладами комбінації та селекції й порушеннями кодування та декодування.  Таким чином, в основі головних типів афазій, за Якобсоном, лежать три дихотомії:   1. комбінація, що передбачає відношення суміжності та охоплює явище кодування й селекція, що передбачає відношення подібності та охоплює явище декодування; 2. сукцесивність і симультанність; 3. розпад іобмеження.   У мові існує два різновиди комбінування: одночасність і тимчасова послідовність; саме послідовність порушується за наявності еферентної чи динамічної афазії – розладу кодування, а третій тип, аферентна афазія, спричиняє руйнацію одночасності. На фонологічному рівні еферентна афазія руйнує послідовні з’єднання фонем, а під час аферентної афазії руйнується комбінація одночасних розрізнювальних ознак фонем. Типовим лінгвістичним симптомом аферентної афазії є широкий спектр відхилень у вживанні фонем. Під час еферентної афазії залишаються тільки деякі елементи послідовності, а їх контекст руйнується; так само, аферентна афазія зберігає тільки окремі елементи зі всієї сукупності механізмів одночасності, а решта контексту заповнюється майже наосліп.  Сенсорна афазія, орієнтована на контекст, спричиняє втрату окремих елементів, тобто окремих ознак фонеми; очевидно, що при цьому губляться й ті ознаки, що є найменш залежними від свого симультанного та послідовного оточення.  Таким чином, на основі зазначених дихотомій, можна виділити такі афазії: | |
| ***Нейролінгвистична класифікація афазій*** | У сучасній нейролінгвістичній літературі вкоренилася думка, що символічний (мовний) і більш елементарний гностико - праксичний рівні  організації мовленнєвої функції беруть. |
| |  |  | | --- | --- | | *Кодування* | *Декодування* | | Динамічна лобова | Семантична тім’яна | |  | | | *Обмежена* | *Дезінтеграція* | | Аферентна постцентральн | Сенсорна задньоскронева | |  | | | *Послідовність* | *Одночасність* | | Еферентна передньоскронева | Амнезична центральноскронева |   Частково така точка зору на рівні побудови різних видів вищої психічної діяльності окреслювалась іще в працях Н. Неайо і В. Орфінської та інших. В праці В. Орфінської запропоновано нейролінгвістичну класифікацію афазій і алалій. Всі афазії й алалії поділено автором на три групи:  *Перша група* характеризується первинним порушенням мовної системи та неповноцінністю мовного аналізу та синтезу. Під час моторної афазії та алалії порушено переважно мовленнєворуховий, а під час сенсорної – мовленнєвослуховий аналізатор.  *Друга група* афазій і алалій виникає у результаті первинних агностико- апраксичних розладів у акустичній або оптичній сфері.  *Третю групу* афазій і алалій представлено порушенням мовленнєвих функцій у вигляді:  1) моторної амнестичної (асоціативної) афазії;  2) сенсорної амнестичної (асоціативної) афазії.  Таким чином, В. Орфінська припускала, що афазія може розвинутися за умови ураження будь-якого з рівнів мозкової організації мовленнєвої системи, і, відповідно, наявні порушення механізмів використання мовних засобів можуть мати не системний характер, як це стверджується в нейропсихологічній концепції афазій, а бути первинними. Тому порушення оволодінням мовними символами не обов’язково мусять бути обумовленими ураженням рівнів мовленнєвого гнозису та праксису.  У праці Є. Винарської «Клінічні проблеми афазії» з нейролінгвістичної точки зору проаналізовано афазію, названу О. Лурією моторною аферентною. Результатом цього аналізу стало твердження, що артикуляційна апраксія є самостійним порушенням мовлення, а не первинним розладом, що й призводить до розвитку афазії. Є. Винарська віднесла порушення вимовної сторони мовлення під час афазії, що його прийнято вважати моторною афазією, до фонетичного рівня мови.  Більш широке висвітлення проблема співвідношення рівнів організації мовленнєвої функції і пов’язаних із нею патогенетичних механізмів афазії отримала в працях таких учених, як Т. Глезерман, Т. Візель. Ці автори розробили нейролінгвістичну класифікацію афазій, де кожна з форм афазії пов’язана з первинним порушенням у використанні засобами однієї з мовних систем: фонологічної, лексичної, морфологічної або синтаксичної. | |
| ***Нейропсихологична класифікація афазій*** | Нейропсихологічний підхід до організації вищих кіркових функцій О. Лурії є продовженням нейрофізіологічних відкриттів І. Павлова, Н. Бернштейна та П. Анохіна про системну |
| організацію функцій і зворотну «аферентацію», а також нейропсихологічних і психологічних поглядів Л. Виготського й О. Леонтьєва. О. Лурія формулює принцип системної побудови та динамічної поетапної локалізації вищих кіркових функцій. Нейропсихологічна методика дозволяє дослідити різноманітні симптоми та синдроми, а також закономірні сполучення симптомів, які виникають Під час ураження тих або інших структур мозку. Використання цієї методики дозволяє не тільки робити висновки про наявність тієї чи іншої форми афазії, але й діагностувати місце ураження головного мозку.  О. Лурія розробив класифікацію афазії, згідно з якою, існують такі форми афазій:   1. моторна афазія аферентного типу; 2. моторна афазія еферентного типу; 3. динамічна афазія; 4. сенсорна (акустико-гностична) афазія; 5. акустико-мнестична афазія; 6. семантична афазія.   У клінічній практиці прийнято також виділяти амнестичну та провідникову афазію, що входять до класичної неврологічної класифікації.  Окрім локалізації ділянки ураження та її розмірів, специфіку порушення мовлення під час кожної з форм афазії визначає ступінь тяжкості й етап захворювання. Для розуміння специфіки мовленнєвого розладу під час тієї чи іншої форми афазії дуже важливо виявити механізм, інакше кажучи, порушену передумову, що обумовлює характер афазіологічного синдрому.  Усі форми афазії виникають внаслідок ураження тім’яної мовленнєвої зони лівої домінантної над мовленням (у правшів) півкулі мозку. Наведені нище характеристики форм афазії відповідають нейропсихологічним уявленням, за О. Лурією.  Аферентна моторна афазія обумовлена ураженням нижніх відділів постцентральної зони мозку. Центральним розладом є порушення кінестетичної аферентації довільних оральних рухів. Пацієнти втрачають здатність виконувати за вказівкою рухи язиком, губами та іншими органами артикуляції. Однак, мимовільно вони досить легко виконують ці рухи, оскільки у них немає парезів, які б обмежували обсяг оральних рухів. Це називається оральною апраксією. Оральна апраксія перебуває в основі артикуляційної апраксії, що має безпосереднє відношення до здатності вимовляти звуки мовлення. Вона виявляється в розпаді окремих артикуляційних поз або, інакше кажучи, артикулем.  В усному мовленні пацієнтів, залежно віт ступеня вираженості апраксії, це виявляється у:   * + відсутності артикульованого мовлення;   + спотвореному відтворенні поз; | |

|  |
| --- |
| * пошуках артикуляції.   Вторинно системно порушено й інші сторони мовленнєвої функції.  *Еферентна моторна афазія* обумовлена ураженням нижніх відділів *премоторної* зони. В нормі вона забезпечує поступову зміну одного орального чи артикуляційного акту іншим, що необхідно для злиття артикуляцій у сукцесивно послідовно організовані ряди ‒ «кінетичні рухові мелодії» (за термінологією О. Лурії).  Під час локальних уражень премоторної зони виникає патологічна інертність артикуляторних актів, з’являються персеверації, що перешкоджають вільному переключенню від однієї артикуляційної пози до іншої. У результаті, мовлення пацієнтів стає «рваним», супроводжується «застряганням» на окремих фрагментах висловлювання. Ці порушення вимовної сторони мовлення викликають системні розлади й інших сторін мовленнєвої функції: читання, письма, а частково й розуміння мовлення. Таким чином, на відміну від аферентної моторної афазії, де артикуляційна апраксія стосується окремих поз, під час еферентної афазії вона стосується цілих їх серій. Пацієнти відносно легко вимовляють окремі звуки, але відчувають суттєві труднощі під час вимовляння слів і фраз.  Під час динамічної афазії наявне ураження мозку в задньолобних відділах лівої півкулі, розташованих спереду від зони Брока. Мовленнєвий розлад виявляється тут головним чином у мовленнєвій аспонтанності та інактивності. Нині виділяють два варіанти динамічної афазії:  Варіант I ‒ характеризується переважним порушенням функції мовленнєвого програмування, у зв’язку з чим пацієнти користуються здебільшого готовими мовленнєвими штампами, що не вимагають спеціальної «діяльності з програмування», мовлення вирізняється збідненістю, односкладністю відповідей у діалозі.  Варіант II ‒ переважають порушення функції граматичного структурування: у мовленні пацієнтів цієї групи наявні експресивні аграматизми, що виявляються у вигляді помилок «узгодження» і явищ «телеграфного стилю». Труднощі вимови в обох варіантах не є значними (Т. Ахутіна).  *Сенсорна (акустико-гностична) афазія* виникає під час уражень *верхньоскроневих* відділів так званої зони Верніке.  У якості первинного порушення розглядається мовленнєва слухова агнозія, що перебуває в основі порушень фонетичного слуху. Пацієнти втрачають здатність диференціювати фонеми, тобто вирізняти ознаки звуків мовлення, що виконують смислорозрізнювальні функції мови. Розлади фонематичного слуху, в свою чергу, обумовлюють значні порушення імпресивного мовлення ‒ розуміння*.* Виникає феномен «відчуження змісту слова», що характеризується «розшаруванням» звукової оболонки слова та позначуваного ним поняття. Звуки мовлення втрачають для пацієнта своє константне (стабільне) звучання і щоразу сприймаються викривлено, змішуються один з одним за тими чи іншими параметрами. У результаті цієї звукової лабільності в експресивному мовленні пацієнтів виникають характерні порушення: *логорея* (надлишок мовленнєвої продукції) як результат «гонитви за звуком, що вислизає», заміщення одних слів на інші, одних звуків на інші ‒ *вербальні* та *літеральні* парафазії.  *Акустико-мнестична афазія* обумовлена ділянкою ураження, розташованою всередніх і задніх відділах скроневої зони. На відміну від акустико-гностичної (сенсорної) афазії, акустичний розлад виявляється тут не в сфері фонематичного аналізу, а в сфері слухової мнестичної діяльності. Пацієнти втрачають здатність утримувати в пам’яті сприйняту на слух інформацію, виявляючи тим самимслабкість акустичних слідів*.* Разом з цим у них виникає звуження обсягу запам’ятовування. Ці порушення призводять до певних труднощів у розумінні розгорнутих текстів, що вимагають участі слухо-мовленнєвої пам’яті. У власному мовленні пацієнтів з цією формою афазії основним симптомом афазії є словниковий дефіцит, пов’язаний як із вторинним збідненням асоціативних зв’язків слова з іншими словами одного семантичного гнізда, так і з недостатністю зорових уявлень про предмет або явище.  *Семантична афазія* виникає при ураженнітім’яно- потиличних ділянок лівої домінантної півкулі. Основним виявом мовленнєвої патології цього виду афазії є імпресивний аграматизм, тобто нездатність розуміти складні логіко- граматичні звороти мовлення. Це порушення є, як правило, одним із видів більш загального розладу просторового гнозису, а саме, здатності до симультанного синтезу. оскільки у фразовому мовленні основними «деталями», що пов’язують слова в єдине ціле (логіко-граматичну конструкцію), слугують граматичні елементи слів, основну складність для пацієнтів становить виділення цих елементів із тексту та розуміння їх смислової ролі, особливо просторової (просторові прийменники, прислівники тощо). При цьому здатність до «розуміння» формально-граматичних викривлень (помилок «узгодження») залишається у цих пацієнтів збереженою.  **Контрольні запитання**   1. Визначте порушення експресивного мовлення при різних формах афазії. 2. Назвіть типові порушення імпресивного мовлення при сенсорних формах афазії. 3. При яких формах афазії більше порушується писемне мовлення? 4. При якій формі афазії провідним симптомом є кінестетична апраксія? 5. Охарактеризуйте причини виникнення афазії. 6. Назвіть центральні мовленнєві симптоми при сенсорних формах афазії. 7. Назвіть центральні мовленнєві симптоми при моторних формах афазії. 8. Охарактеризуйте поняття «тотальна афазія».   **Рекомендована література**   1. Бадер В.І. Взаємозв’язок у розвитку усного і писемного мовлення молодших школярів: автореф. дис... на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук: спец. 13.00.02; Нац. пед. ун-т ім. М.П.Драгоманова. Київ, 2004. 36 с. 2. Лянна О. В. Взаємозв’язок корекційно-педагогічної діяльності та фізичної реабілітації при відновленні мови у хворих з афазією. *Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб.: Вип. 8. Т. ІІ.* Запоріжжя : Вид-во ХНРБЦ, 2006. С. 203-206. 3. Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. / М. К. Шеремет, О.В. Боряк. Суми: ФОП Цьома С. П., 2016. 252 с. 4. Савицький А.М. Корекція мовленнєво-рухової діяльності у дошкільників з дитячою афазією: дис… канд. наук: 13.00.03 –Корекційна педагогіка. Київ, 2009. 5. Тищенко В. В. Класифікації порушень мовленнєвого розвитку: сучасний стан, протиріччя та шляхи їх усунення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 29. С. 112-118. 6. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров’я. *Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна.* Кам’янець-Подільський : ПП Мошинський В. С. 2006. № 6. С. 337-342. 7. Шеремет М. К., Загурська Г. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови. *Педагогіка та методики: спеціальні: збірник наукових статей НПУ імені М. П. Драгоманова.* Київ, 2001. № 1. С. 183-192. 8. Шеремет М. К. Особливості формування вищої форми передачі інформації. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Актуальні проблеми логопедії*. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. № 18. С. 291-293. 9. Шеремет М. К. Логопедія. Підручник. Київ: Слово. 2014. 672 с. |

***1.3 ТЕХНОЛОГІЇ ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ З АФАЗІЄЮ***

***План***

1. Обстеження немовленєвого праксису и гнозису
2. Обстеження орального праксису
3. Обстеження мовленнєвих функций
4. Обстеження читання и письма
5. Висновок мовленнєвого статусуосіб з афазією

|  |  |
| --- | --- |
| ***Обстеження немовленєвого***  ***праксису i гнозису*** | Під немовленнєвими методами обстеження розуміють дослідження рухових функцій: праксису та гнозису. Немовленнєві методи дослідження дозволяють виявити збереженість чи ураженість тім’яної долі, задньолобних |
| відділів, потиличних відділів. Дослідження динамічного праксису проводиться шляхом виконання пацієнтами, за наслідуванням, а потім і за усним завданням, проб на переключуваність з одного руху на інший. Пацієнту пропонують завдання (за відсутності геміпарезу) на відносно швидке, одночасне переключення різних рухів двох рук (наприклад, одна рука стиснута в кулак, а інша демонструє розгорнену долоню). Пацієнт тримає руки на столі й одночасно змінює їх положення. За наявності динамічної премоторної апраксії пацієнт починає повторювати той самий рух однією рукою, збивається з ритму. Ця проба називається реціпрокною.  Пробу «кулак ‒ ребро ‒ долоня» (на столі) або імітацію в повітрі проби «кулак ‒ долоня ‒ кільце» розраховано на дослідження збереженості плану, послідовності змінюваних рухів однієї руки. За наявності премоторної апраксії пацієнт не дотримується плану рухів, пропускає і повторює окремі рухи. Наявність динамічної апраксії вказує на локалізацію ураження в премоторних і задньолобних відділах, а в деяких випадках і в підкіркових відділах кори головного мозку.  *Обстеження просторового праксису*  Обстеження просторового праксису дозволяє зробити висновок про ступінь збереженості чи пошкодження складних симультанних синтезів. У пацієнтів зі значним ушкодженням верхньотім’яних відділів мозку можуть спостерігатись ознаки порушення орієнтації у просторі в повсякденному житті. Вони не можуть знайти свою палату, не можуть правильно одягтись тощо.  Просторовий праксис досліджують за допомогою таких тестів:  1. Проби Хеда. Пацієнтові пропонують, за наслідуванням, виконати разом із логопедом такі рухи: піднести вказівний палець до підборіддя, перевернути руку долонею догори и пальцями від підборіддя, поставити ліву долоню перпендикулярно вздовж підборіддя, поставити долоню перпендикулярно до іншої долоні тощо. Фіксується, чи правильно пацієнт виконує запропоновані проби, а також, чи тією рукою він їх виконує. Перевіряється орієнтація пацієнта в лівій та правій сторонах тіла: пацієнта просять показати ліве вухо правою рукою, праве око лівою рукою тощо. Досліджується відтворення різноманітних поз пальців.   * + 1. Копіювання пацієнтом різноманітних фігур, складання з сірників, складання в дзеркальному порядку та перевернутому вигляді. Використовується методика КООС: викладання з кубиків різноманітних орнаментів. Крім того, досліджується здатність до відтворення пацієнтом символічних рухів: пацієнта просять погрожувати пальцем, підкликати когось до себе, поплескати в долоні, зобразити, як розрізають папір, ріжуть хліб тощо.     2. Проба з годинником і географічною мапою. Пацієнтові пропонують на намальованому годиннику без цифр визначити час за розташуванням стрілок; намалювати стрілки, що показують той або той час; на мапі знайти моря, міста, країни; проставити на схрещених перпендикулярно осях північ і південь, схід і захід; намалювати контури Чорного моря; розташувати декілька міст по відношенню до Києва тощо.     3. Перевіряється рівень орієнтації пацієнта серед літер, написаних правильно, дзеркально і горизонтально в рядку.   Труднощі у виконанні цих тестів є характерними для пацієнтів із аферентною та семантичною афазіями, тобто при ураженні задніх нижньотім’яних відділів мозку. При ураженні премоторних і задньолобних відділів кори головного мозку наявна інертність і порушення планування дій та рухів під час виконання серій цих завдань.  *Оцінка та відтворення ритмів*  Під час дослідження здатності до відтворення різноманітних ритмів перевіряють здатності пацієнта до моторного перемикання з одного ритмічного малюнка на інший, тенденція до спрощення ритмічного малюнка. Логопед вистукує олівцем якийсь ритм по столу, прикриваючи його аркушем паперу, по два, по три удари, різними серіями: два сильних, два слабких, два швидких, один відтермінований у часі тощо.  Пацієнти, не здатні дотриматися заданого ритму, які автоматично додають або повторюють ту саму групу чи серію ударів, або які додають зайві удари, повторюють їх через персеверацію, належать до групи осіб із ураженням премоторних і задньолобних відділів кори головного мозку. Пацієнти з сенсорною афазією відмовляються відтворювати ритмічні удари, констатуючи: «Їх дуже багато». Пацієнти з аферентною та семантичною афазією ритмічні малюнки відтворюють за слуховою імітацією правильно, але не можуть описати характер ритмів.  *Обстеження зорового гнозису*  Обстеження зорового гнозису необхідно проводити для відмежування мовленнєвих розладів від труднощів називання за наявності зорової агнозії, що виникає при ураженні третинних відділів потиличної долі та для з’ясування оптичної алексії, що виникає при ураженні тім’яних відділів зліва. Пацієнтові пропонують назвати чи описати предмети або їх зображення. Йому дають прості, чіткі, контрастні предметні картинки, потім ‒ близькі за формою (м’яч, яблуко, глобус, окуляри, велосипед тощо). Потім їх замінюють на однокольорові, контурні, зроблені крапом (покриті дрібними крапочками), перекреслені зигзагоподібними лініями та накладеними одне на одне контурними зображеннями. Пацієнти з зоровою агнозією швидко починають відчувати труднощі з розпізнаванням малюнків. Пацієнти з амнестичною афазією шляхом опису функцій предметів, зображених на малюнках, упоруються з цими завданнями.  Упізнавання літер, написаних різним шрифтом, перевіряється у пацієнтів, які добре говорять, шляхом їх називання та показу за інструкцією. Пацієнти з оптичною алексією мають труднощі в виконанні цих завдань. | |
| ***Обстеження***  ***орального праксису*** | Порушення орального та лицьового праксису часто поєднується з порушенням артикуляторного праксису. Оральний праксис містить немовленнєві рухи орального апарату, тобто губ, язика, щік. |
| Дослідження складається з таких тестів: пацієнтові усно дають завдання відкрити рота, висунути язика, підняти його вгору, опустити донизу, відвести вліво, вправо, поклацати язиком, закласти язик за щоку, надути почергово й одночасно щоки, витягнути губи вперед, розтягти губи. Ці самі завдання пацієнт виконує за зоровою імітацією. Потім за усною інструкцією та зоровою імітацією виконуються різноманітні символічні рухи: надування, імітація плювання, свистіння, імітація полоскання горла, моргання, відтворення усмішки, підняття брів на знак подиву, підморгування тощо.  Всі ці проби пацієнт виконує ізольовано, з паузами між завданнями. Труднощі виконання цих завдань за різної локалізації ураження мозку виявляються по-різному. За наявності ураження нижньотім’яних ділянок виникають різноманітні хаотичні пошуки, труднощі надання органам артикуляції відповідних поз. Пацієнти з оральною, нижньотім’яною апраксією не можуть довільно зобразити рух поцілунку, сплюнути за вказівкою, за умови збереженості цих рухів у повсякденному житті. Оральна, нижньотім’яна апраксія в деяких випадках спостерігається ізольовано, без мовленнєвих розладів. При ураженні премоторних і задньолобних відділів виникають персеверації, повтори попередніх рухів, труднощі виконання серійних завдань.  Для обстеження динамічного орального праксису пацієнтові пропонують виконати серію рухів, наприклад, подмухати та поклацати язиком. Пацієнти з премоторною апраксією добре виконують окремі рухи і застряють на одному з рухів, що належать до лінійно організованої серії рухів, внаслідок персеверації. При цьому іноді виникає ілюзія наявності симультанної, конструктивної, просторової апраксії при ураженні премоторних відділів кори головного мозку. При значних ураженнях лобних ділянок у зв’язку з вираженою інактивністю та аспонтанністю порушується мимовільне спльовування, відкашлювання, за відносної збереженості здатності виконувати ці рухи зі стимуляцією. | |
| ***Обстеження мовленнєвих функцій*** | Обстеження мовленнєвих функцій охоплює всі види імпресивної та експресивної мовленнєвої діяльності людини. До нього входить дослідження фонематичного слуху, розуміння значення інтонації, значення слів, прислів’їв, приказок, |
| ідіом, різноманітних словосполучень, окремих інструкцій, складних інструкцій, як усних, так і письмових, розуміння прочитаного тексту, розуміння змісту завдань, порушення та збереженість лінійного, сукцессивно в часі організованого мовлення, збереженість довільного повторення, називання, побудови висловлення, як усного, так і писемного.  *Орієнтовне обстеження спонтанного мовлення*  Орієнтовне обстеження спонтанного мовлення відбувається в процесі попередньої бесіди з пацієнтом. При цьому в протоколі обстеження логопед фіксує активність і обсяг мовленнєвої продукції пацієнта. Під час обстеження пацієнта з відсутнім мовленням логопед відзначає його активність, чи намагається відповісти на запитання за допомогою емболів, чи достатньо забарвлене його мовлення різноманітними інтонаційними відтінками чи він байдужий. Пацієнти з деякими формами афазій у невимушеній атмосфері можуть вимовляти фрагменти речень або тільки відповідати на запитання.  *Обстеження розуміння мовлення*  Перед тим, як розпочати обстеження здатності до розуміння, логопеду необхідно впевнитись у збереженості у пацієнта слуху, а також з’ясувати, скільки разів у нього були порушення мозкового кровообігу та чим вони супроводжувалися.  *Обстеження фонематичного слуху*  Пацієнту пропонують повторити близькі (опозиційні) фонеми: [*ба*‒ *па*]*,* [*па*‒ *ра*]*,* [*да*‒ *та*]*,* [*ба*‒ *па*‒ *ба*]*,* [*да*‒ *та*‒*да*] тощо. Далі пропонують сприйняти на слух слова з опозиційними звуками з опорою на відповідні малюнки.  У зв’язку з тим, що у вимові складів помилки повторення можуть бути викликані первинними артикуляційними труднощами (під час моторних афазій), для уточнення збереженості фонематичного слуху використовують умовно-рефлекторну методику: пацієнтові пропонують на один із опозиційних звуків, наприклад, на [*б*] підняти руку, а на [*п*] тримати руку на столі, потім дається серія складів[*ба, па, па, ба, па*]*.* І зрештою, фонематичний слух можна дослідити з опорою на показ відповідних складів або слів із опозиційними звуками *(«бік* ‒ *пік», «бучок* ‒ *пучок»).*  За наявності яскраво вираженої акустико-гностичної сенсорної афазії на ранній стадії після інсульту пацієнти не розрізняють навіть далекі за звучанням фонеми, пізніше ‒ лише фонеми, що відрізняються однією акустичною ознакою: дзвінкі ‒ глухі, тверді – м’які, свистячі ‒ шиплячі. Фонематичний слух вторинно порушується за наявності яскраво вираженої аферентної моторної афазії у зв’язку з порушенням кінестетичної аферентації. Пацієнти не розрізняють на слух фонеми, близькі за місцем і способом артикуляції([*м*‒ *б*‒ *п*], [*i*‒ *с*], [*т*‒ *л*]) як під час сприйняття складів, так і під час сприйняття слів, однак фонематичний слух за наявності аферентної моторної афазії порушено менше, ніж за наявності акустико ‒ гностичної афазії. За наявності вираженої еферентної моторної афазії, під час дослідження фонематичного слуху виникають персеверації.  *Обстеження розуміння значення слів*  Розуміння значення слів по-різному порушується при всіх формах афазії.  Під час обстеження пацієнтові пропонують показати предмети, що його оточують (стіл, стілець, книгу, олівець, вікно, двері, підлогу, стелю, стіни, шафу тощо), показати частини обличчя й тіла.  Труднощі в показі частин тіла та предметів, наявних у кімнаті, спостерігаються при всіх формах афазії: при сенсорній – унаслідок порушення фонематичного слуху та нестійкості слухомовленнєвих слідів; при еферентній ‒ у зв’язку з наявністю персевераторності рухів руки; при аферентній і семантичній – за умови швидкого надання зразків слів, у зв’язку з труднощами орієнтування в просторі.  Порушення слухомовленнєвої пам’яті діагностуються за допомогою повторення пацієнтом серій слів (по два, по три та більше), наприклад, *«дім*‒*кіт*‒ *ліс», рука*‒ *вікно*‒ *риба»* тощо. Пацієнтам дається завдання повторити речення: «*В саду за високим парканом росли яблуні та груші».* Пацієнти з акустико ‒ мнестичною афазією, не утримуючи мовленнєвого ряду, пропускають, як правило, друге та третє слово, при еферентній моторній афазії пацієнти персеверують перше чи друге слово, а також слова з попередніх завдань.  Іншим прийомом обстеження слухомовленнєвої пам’яті є знаходження за інструкцією 2 ‒ 3 ‒ 4 картинок із 15 ‒ 20 розкладених перед пацієнтом або складених у стопку. Вторинно не дуже виражено слухомовленнєва пам’ять може порушуватися за умови ураження як лобних ділянок мозку, так і нижньотім’яних відділів лівої півкулі у правшів.  *Обстеження розуміння простих речень*  Під обстеженням розуміння простих речень мають на увазі:  1) розуміння пацієнтом простих і відносно складних інструкцій типу: *«Візьміть олівець», «покладіть його під книгу, а ножиці дайте мені»;*  2) розуміння речень, назв, найменувань предметів, поданих у вигляді опису: *«Покажіть те, чим ріжуть хліб, те, чим ріжуть папір, те, чим розпалюють дрова»* тощо (за відповідними картинками).  Труднощі в розумінні багатоелементних інструкцій наявні при всіх формах афазії, за умови яскравої вираженості мовленнєвого розладу.  *Обстеження розуміння граматичних структур (прислів’їв, приказок, байок)*  Обстеження розуміння логіко-граматичних конструкцій проводиться шляхом виконання пацієнтом завдань: «Скажіть, як ви розумієте словосполучення «брат батька» і «батько брата»? Це ‒ та сама особа чи різні люди? Якщо різні, то хто вони?».  Під час показу відповідних картинок логопед просить пацієнта показати *мамину дочку, доччину маму, маму дочки, дочку мами.* Так само, тільки з опорою на предмети, пацієнта просять показати *пензлик олівцем, олівець пензликом.*  Перевірка розуміння логіко-граматичних конструкцій, що передають просторове розташування предметів, проводиться за допомогою завдань: *«Покладіть ручку праворуч від лінійки і ліворуч від олівця, лінійку ліворуч від ключа і праворуч від окулярів»* тощо; *«Намалюйте хрест під колом, коло над хрестом, чашку під столом і над ялинкою»* тощо. Для полегшення завдання пацієнтові дають схематичні зразки цих намальованих предметів.  Під час обстеження розуміння логіко-граматичних конструкцій порівняльного характеру пацієнтові пропонують розставити імена дітей під картинками:  *«Микола є вищим за Івана й нижчим від Сашка. Хто тут Микола, Іван і Сашко?» Або: «В Олі волосся темніше за Катрене й світліше за Тетянчине. Хто з дівчат Оля, Катря і Тетяна?» «Петро вдарив Миколу. Хто забіяка? Чи є правильними ці речення? Якщо неправильні, то яке з них?» тощо.*  Ці завдання важко виконати при аферентній афазії, а інструкції: «*Покажіть ложку олівцем, олівець ручкою»* тощо, важко виконують люди з еферентною афазією.  Для пацієнтів із семантичною афазією є характерними труднощі виконання завдань обох цих видів логіко-граматичних конструкцій.  *Обстеження експресивного мовлення*  Обстеження експресивного мовлення починається вже в процесі попередньої бесіди. Всі свої запитання та завдання, а також мовленнєві та мімічні реакції пацієнта логопед записує, наприклад, у вигляді дробу: над рискою запитання, зміст малюнка, про який пацієнт має щось повідомити, а під рискою – мовленнєва продукція пацієнта.  *Обстеження артикуляторної ланки мовлення*  Артикуляторна ланка може порушуватися за наявності різних варіантів аферентної моторної та еферентної моторної афазії, а також при дизартрії. Пацієнтові пропонують повторити звуки ізольовано, у словах, у реченні. За наявності яскраво вираженої аферентної моторної афазії, можуть спостерігатися або численні пошуки артикуляторного укладу звука, або літеральні парафазії, або заміни вимовляння окремих звуків мовленнєвими емболами. Пацієнт то вимовляє звуки правильно, то замінює їх на інші, то не може знайти потрібну артикуляційну позицію. За умови, що його мовлення відносно відновилось у певних ситуаціях (наприклад, за так званої провідникової афазії) пацієнти можуть відчувати труднощі вимовляння окремих звуків, але частіше – під час вимовляння складів і слів. За наявності яскраво вираженого порушення фонематичного слуху у пацієнтів із акустико ‒гностичною афазією можуть також спостерігатися помилки під час повторення окремих звуків. Причому ці труднощі супроводжуються коментарями пацієнтів. Труднощі повторення окремих звуків при сенсорній акустико ‒ гностичній афазії мають вторинний характер і є наслідком порушення слухового контролю.  Однією з особливостей повторення окремих звуків за наявності аферентної моторної та акустико ‒ гностичної сенсорної афазії є тенденція до оглушування дзвінких фонем (при аферентній моторній афазії) та до одзвінчування глухих фонем (при акустико ‒ гностичній сенсорній афазії). Тенденція до оглушування фонеми при аферентній моторній афазії виникає внаслідок апраксії голосових зв’язок, а тенденція до одзвінчування при акустико-гностичній афазії ‒ внаслідок попередньої налаштованості акустичного контролю на підвищену компенсаторність.  *Обстеження автоматизованих видів мовлення*  Пацієнту пропонують разом із логопедом проспівати мелодію знайомої пісні (зі словами та без слів), повторити спів тієї самої, а потім іншої пісні самостійно за вказівкою, перерахувати дні тижня, місяці року, відтворити порядкову лічбу. Якщо це у пацієнта не виходить, то логопед вимовляє слова синхронно з ним.  *Обстеження синхронного та відбитого повторення*  Це обстеження дозволяє уточнити ступінь втрати фонематичного слуху, слухомовленнєвої пам’яті, артикуляційного праксису та наявності персеверацій у мовленні пацієнта.  Пацієнту дають завдання повторити декілька односкладових, двоскладових, трискладових і багатоскладових слів різної частотності, а також повторити фрази різної довжини.  *Обстеження номінативної функції мовлення*  Номінативна функція мовлення порушується за наявності всіх форм афазії. Називання належить до репродуктивних, довільних видів мовлення (повторення, письмо під диктовку, читання вголос). Тому, починаючи обстеження, логопед пропонує пацієнтові назвати предмети чи зображення одним словом, знайти загальновидову назву (посуд, меблі, овочі тощо).  *Обстеження діалогічного та монологічного мовлення*  Ступінь збереженості ситуативного та розповідного мовлення діагностується вже у процесі попередньої бесіди. Логопед відзначає багатослівність чи малослівність пацієнта; наскільки його мовлення є розгорнутим, чи він говорить скупо, окремими репліками чи користується переважно мовними кліше; чи в його ситуативному мовленні наявні аграматизми, якщо так, то визначається їх характер. Для обстеження розповідного мовлення пацієнтові пропонують скласти речення чи розповідь за сюжетними малюнками, за серією сюжетних малюнків або переказати нескладний текст.  Протоколюючи мовлення пацієнта, логопед відзначає характер наявного аграматизму, багатство словникового запасу, вербальні та літеральні парафазії, збереження плану розповіді тощо. За наявності у пацієнта важкої аферентної чи еферентної афазії, його розповідне розгорнуте мовлення може бути повністю відсутнім, а на ранньому етапі розвитку акустико ‒ гностичної афазії бути перевантаженим літеральними парафазіями. | |
| ***Oбстеження стану читання i письма*** | Під час обстеження стану читання особливу увагу приділяють наявності здатності до внутрішнього читання у «безмовних» пацієнтів із аферентною та еферентною моторною афазією |
| та сенсорною й акустично ‒ гностичною афазією. Обстеження збереженості здатності до внутрішнього читання мовчки у «безмовних» пацієнтів відбувається за допомогою таких прийомів:  1) необхідно розкласти підписи під відповідними предметами, сюжетними малюнками, серіями малюнків;  2) необхідно показати почуте слово чи речення;  3) слід виконати письмові інструкції: *«Покажіть вікно, продемонструйте погрозу пальцем»* тощо.  У пацієнтів, які скаржаться на труднощі читання, за умови збереженого ситуативного мовлення, необхідно перевірити гостроту зору та оптичний гнозис, наявність геміанопсії (звуження поля зору, що часто спостерігається в пацієнтів із сенсорною афазією). Під час дослідження можливостей читання у пацієнтів із середнім ступенем тяжкості мовленнєвих розладів логопед відзначає літеральні та вербальні паралексії, елементи «читання наздогад», персеверації тощо.  Під час обстеження письма та писемного мовлення пацієнтам із яскраво вираженим мовленнєвим розладом пропонують написати під диктовку окремі звуки, короткі слова *(«сон, вухо, вікно»).* У тих випадках, коли пацієнт виконує запис легких слів, йому пропонують записати слова зі збігами приголосних *(«хвіст, друг, стіл»)* та багатоскладові слова (наприклад: *«кімната, самокат, гонитва»).* Якщо пацієнт пише (із помилками) окремі слова, йому пропонують записати під диктовку прості та складні речення, наприклад: *«Діти йдуть до лісу. Сьогодні погана погода. Подорож закінчилася досить вдало».*  За легкого ступеня мовленнєвого розладу в письмі пацієнтів зустрічаються помилки. Якщо пацієнт не зробив помилок, пишучи під диктовку, треба перейти до дослідження писемного називання, складання фрази чи тексту за сюжетними малюнками.  Порушення писемного мовлення за наявності всіх форм афазії є вторинними по відношенню до первинно порушеної передумови. У писемному мовленні пацієнтів із аферентною моторною афазією переважно наявні літеральні парафазії під час записування звуків, близьких за місцем і способом творення, а за наявності еферентної афазії обстеження стану читання пропуски голосних звуків, перестановки та персеверації літер і складів із попередніх слів. За наявності акустико-гностичної афазії спостерігаються змішування дзвінких та глухих приголосних тощо. За наявності яскраво та середньо вираженої аграфії при аферентній моторній, еферентній моторній і акустико-гностичній афазіях наявні пропуски приголосних на збігові приголосних у складі чи на стиках складів. За наявності яскраво вираженої акустико-гностичної афазії, на найбільш ранньому етапі захворювання, у зв’язку з порушенням слухового контролю, пацієнт може писати зайві літери в слові, повторювати склади, подовжуючи, наприклад, слово, що складається з трьох літер, до 8 ‒ 12 літер. Логопед протоколює писемне мовлення пацієнта також у вигляді дробу.  І тільки потім логопед обстежує ступінь збереженості в пацієнта операцій лічби, пропонуючи йому записати прості та багатозначні числа, розв’язати приклади в межах 10, 100, 1000. Зазвичай пацієнтам із тяжкими розладами дають письмові приклади типу: 31 ‒ 17 (з переходом через десяток), пацієнтам пропонують усно віднімати від 100 по 7 або 9 тощо.  Обстеження мовленнєвих функцій проводять делікатно, щоб не травмувати психіку пацієнта, подолання пацієнтом труднощів під час обстеження схвалюється. Пацієнт має піти від логопеда обнадієним, не надто втомленим, тому первинне обстеження проводять редуковано і мовленнєвий статус уточнюється під час подальших зустрічей. | |
| ***Висновок***  ***мовленнєвого статусу осіб з афазією*** | Підготовка висновку про мовленнєвий статус пацієнта з афазією.  Після проведення обстеження логопед пише висновок про мовленнєвий статус пацієнта, що |
| складається за таким планом:   1. емоційно-вольові риси пацієнта, контактність, збереженість особистості, орієнтованість його в просторі та часі, ставлення до свого мовленнєвого розладу, наявність ліворукості у пацієнта та членів його родини; 2. особливості розуміння ситуативного мовлення, виконання одно ‒ та багатоскладних інструкцій, слухомовленнєва пам’ять, фонематичний слух, нерозуміння сенсу слова, персевераторність у виконанні завдань, рівень розуміння логіко-граматичних конструкцій; 3. особливості експресивного мовлення: багатослівність, аспонтанність, ехолалія, персеверації, мовленнєві емболи, можливість спілкування за допомогою окремих слів або деформованих речень, характер аграматизму, наявність вербальних і літеральних парафазій, амнестичні труднощі, оральний або артикуляторний праксис; можливості повторення, називання, складання фрази, автоматизованість мовлення; чи спостерігається дисоціація між репродуктивним довільним і ситуативним активним мовленням, а також, наявність дизартрії; 4. особливості читання та письма: збереженість зорового гнозису, упізнавання літер, особливості читання мовчки та вголос, літеральні та вербальні парафазії, можливість виконання письмових інструкцій, глобальне читання окремих слів; 5. особливості порушення писемного мовлення: запис окремих літер, слів під диктовку, письмове називання предметів і їх зображень, запис складних слів та окремих речень під диктовку, письмове складання речень за сюжетним малюнком, характер літеральних і вербальних парафазій, аграматизм у писемному мовленні, характер інших порушень письма; 6. особливості порушення лічби: можливість розв’язання різноманітних арифметичних прикладів, запис цифр під диктовку; 7. особливості гнозису та праксису: наявність акустичної чи оптичної агнозії, дзеркальності письма, оральної та артикуляторної апраксії, динамічної та конструктивно-просторової апраксії, дизартрії, ехолалії.   Після сумарного опису мовленнєвого статусу пацієнта логопед складає висновок, в якому зазначає форму афазії, ступінь її тяжкості, комплексність двох форм, ступінь тяжкості аграфії, алексії та акалькулії, характер апраксії, наявність ліворукості в родині пацієнта, ступінь активності або аспонтанності, наявність депресивності, афективності, слабкодухості (плаксивості) та ейфорії (смішливості, розгальмованості).  **Контрольні запитання**   * 1. Перерахуйте основні положення диференційної діагностики афазії від інших мовленнєвих порушень.   2. Які фактори визначають стан мовлення та прогноз під час афазії різних форм?   3. Розкрийте зміст, методи і прийоми обстеження осіб, які мають афазію.   4. Назвіть принципи організації обстеження осіб, які мають афазію.   5. Розкрийте особливості обстеження мовленнєвих функцій осіб, які мають афазію.   6. З яких елементів складається обстеження немовленнєвого праксису та гнозису?   7. Опишіть основні методи і прийоми обстеження орального та лицевого праксису.   8. Назвіть вправи, необхідні для обстеження імпресивного мовлення.   9. Назвіть вправи, необхідні для обстеження експресивного мовлення.   10. За якими напрямками здійснюється логопедичне обстеження осіб із афазією?   11. Складіть протокол обстеження дітей, які мають афазію. Підготуйте матеріал для обстеження.   12. Складіть на основі протоколу обстеження розгорнуту психолого-педагогічну характеристику дитини з афазією з логопедичним спостереженням і планом корекційного впливу.   **Рекомендована література**   1. Бадер В.І. Взаємозв’язок у розвитку усного і писемного мовлення молодших школярів: автореф. дис... на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук: спец. 13.00.02; Нац. пед. ун-т ім. М.П.Драгоманова. Київ, 2004. 36 с. 2. Бейн Э.С. Пособие по восстановлению речи у больных с афазией. Москва: Книга по Требованию, 2012. 334 с. 3. Данько Р. В. Динаміка мовних порушень в процесі реабілітації післяінсультних хворих : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 «Нервові хвороби»; Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. Харків, 2007. 20 с. 4. Лянна О. В. Взаємозв’язок корекційно-педагогічної діяльності та фізичної реабілітації при відновленні мови у хворих з афазією. *Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб.: Вип. 8. Т. ІІ.* Запоріжжя : Вид-во ХНРБЦ, 2006. С. 203-206. 5. Мартиненко І. В. Логопсихологія: курс лекцій : навчальний посібник. Київ : ДІА. 2014. 100 с. 6. Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. / М. К. Шеремет, О.В. Боряк. Суми: ФОП Цьома С. П., 2016. 252 с. 7. Савицький А.М. Корекція мовленнєво-рухової діяльності у дошкільників з дитячою афазією: дис… канд. наук: 13.00.03 –Корекційна педагогіка. Київ, 2009. 8. Тищенко В. В. Класифікації порушень мовленнєвого розвитку: сучасний стан, протиріччя та шляхи їх усунення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 29. С. 112-118. 9. Фомічова Л. І. Мова, мовлення та когнітивні процеси на ранніх етапах корекційного впливу. *Актуальні питання сурдопедагогіки: зб. наук. пр. НПУ імені М. П. Драгоманова*. Київ: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова. 2003. С.196-208. 10. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник. Київ: КНТ, 2006. 380 с. 11. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров’я. *Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна.* Кам’янець-Подільський : ПП Мошинський В. С. 2006. № 6. С. 337-342. 12. Шеремет М. К., Загурська Г. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови. *Педагогіка та методики: спеціальні: збірник наукових статей НПУ імені М. П. Драгоманова.* Київ, 2001. № 1. С. 183-192. 13. Шеремет М. К. Особливості формування вищої форми передачі інформації. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Актуальні проблеми логопедії*. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. № 18. С. 291-293. 14. Шеремет М. К. Логопедія. Підручник. Київ: Слово. 2014. 672 с. | |

***TЕСТОВІ ЗАВДАННЯ З ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ***

**Завдання 1**

Як треба розуміти термін «афазія»?

**Форма відповіді:**

Цей термін означає …

**Варіанти закінчення речення:**

1. …неможливість або часткове спеціфічне порушення процесу читання;
2. …порушення пам’яті;
3. …порушення процесів сприймання та впізнавання за умови збереженої чуттєвості й свідомості;
4. ….повна або часткова втрата мовлення, зумовлена локальними ураженнями головного мозку

**Завдання 2**

**Закінчить такі речення:**

1. Сенсорна (акустико-гностична) афазія винникає під час ураження
2. Аферентна моторна афазія обумовлена ураженням
3. Акустико-мнестична афазія обумовлена ділянкою ураження
4. Під час динамічної афазії наявне ураження мозку

**Варіанти других частин речень:**

**А.** …всередніх і задніх відділах скроневої ділянки.

**Б.** …верхньоскроневих відділів так званої зони Верніке.

**В.** …в задньолобних відділах лівої півкулі, розташованих ближче до передньої частини зони Брока.

**Г.** …нижніх відділів постцентральної зони мозку.

**Завдання 3**

Вперше термін афазія запропонував

**Варіанти відповіді:**

1. А. Труссо;
2. І. Зайцев;
3. О. Лурія;
4. М. Критчлі.

**Завдання 4**

Що таке афазіологія?

**Форма відповіді**

Афазіологія – це

1. …порушення складних психічних функцій при захворюваннях головного мозку зі змінами інтелектуальної діяльності;
2. …варіанти апраксії та агнозії;
3. …самостійна галузь наукових знань, яка не є частиною неврології, нейропсихології чи логопедії;
4. …це спеціаліст, який досліджує мовленнєві порушення в різноманітних аспектах, але не займається патологією мовленнєвих органів, тобто не працює з такими порушеннями, як заїкання та дислалія.

**Завдання 5**

Яка етіологія афазії?

**Варіанти відповіді:**

1. черепно-мозкові травми
2. перенатальна патологія
3. порушення кровообігу головного мозку
4. нейроінфекції
5. соматичні захворювання
6. пухлини мозку

**Завдання 6**

Визначте у чому полягає схожість і відмінності дитячої афазії з афазіями у дорослих

**Варіанти відповідей:**

1. наявна втрата вже сформованого мовлення;
2. дитяча афазія є результатом порушення «інтелектуальних функцій» у школярів і дорослих;
3. схожі причини виникнення афазії (травми, запальні процеси, пухлини мозку, рідше ‒ інсульти);
4. схожість клінічної картини дитячої афазії у школярів і дорослих.

**Завдання 7**

За яким критерієм побудовано класифікацію афазії О. Лурії

**Варіанти відповіді:**

1. локалізація ураження;
2. недорозвиток мовленнєвих систем;
3. синдромний аналіз розладу;
4. визначення функціонального блоку, що є ураженим.

**Завдання 8**

Нейролінгвістичну класифікацію афазій було розроблено:

**Варіанти відповіді:**

1. В. Орфінською;
2. М. Бурлаковою;
3. Т. Глезерман, Т. Візель;
4. М. Шохор-Троцькою.

**Завдання 9**

Обстеження пацієнта з афазією передбачає:

**Варіанти відповіді:**

1. обстеження усного та писемного мовлення;
2. вияв ліворукості;
3. обстеження гнозису та праксису;
4. дослідження всіх вищих психічних функцій.

**Завдання 10**

Що перебуває в основі механізму будь-якої форми афазії:

**Варіанти відповіді:**

1. ураженя зон кори головного мозку;
2. первинно порушена нейрофізіологічна або нейропсихологічна передумова;
3. порушення міжаналізаторної взаємодії;
4. ураження нейропровідних шляхів.

**Завдання 11**

Який компонент не входить до синдрому афазії:

**Варіанти відповіді:**

1. власне порушення мовлення;
2. зв’язок із порушенням інших психічних процесів;
3. соціальна дезадаптація;
4. зміна особистості.

**Завдання 12**

Визначте напрямки обстеження фонематичного слуху

**Варіанти відповідей:**

1. повторення пар складів і слів із опозиційними фонемами;
2. показ одного з парних складів або слів, запропонованих у письмовому вигляді;
3. короткі інструкції;
4. віднайдення предметів ‒ фіксуються труднощі слухомовленнєвої пам’яті або персевераторність виконання завдання;
5. оцінювання пацієнтом якості повторення вимовлених логопедом складів і слів із опозиційними фонемами, який навмисно вимовляє у довільному порядку правильні та неправильні варіанти.

**Завдання 13**

Визначте напрямки обстеження розуміння значень слів

**Варіанти відповідей:**

1. показ предметів, що оточують пацієнта;
2. показ одного з парних складів або слів, запропонованих письмово;
3. віднайдення за усною інструкцією 2 ‒ 3 ‒ 4 картинок із 15 ‒ 20 розкладених перед пацієнтом або складених у купку;
4. віднайдення предметів ‒ фіксуються труднощі слухомовленнєвої пам’яті або персевераторність виконанння завдання.

**Завдання 14**

Що відносимо до відкритих і закритих травм мозку

**Форма відповіді**

До відкритих травм мозку відносимо ‒...

До закритих травм мозку відносимо ‒...

**Варіанти відповідей:**

1. показ предметів, що оточують пацієнта;
2. консервативне лікуванння, спрямоване на розсмоктування внутрішньочерепних гематом.
3. хірургічне втручання -трепанація черепа;
4. хірургічне втручання з очищення ран (від уламків кісної тканини).

***ЗАВДАННЯ ДО САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ***

1. Проведіть психологічний і психолінгвістичний аналіз мовлення за такими критеріями:

* види та форми мовлення;
* функції мовлення;
* структура мовлення;
* морфофізіологічна основа мовлення;
* співвідношення мовлення та мови.
  1. Зробіть картотеку завдань, необхідних для обстеження мовленнєвих функцій у пацієнтів із афазією.
  + \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. Законспектуйте статті:
2. Базима Н. В. Застосування заохочень для підвищення мотивації до мовленнєвої діяльності. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* 2014. Вип. 27. С. 13-17.
3. Тищенко В. В. Класифікації порушень мовленнєвого розвитку: сучасний стан, протиріччя та шляхи їх усунення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 29. С. 112-118.
4. Шеремет М. К., Загурська Г. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови. *Педагогіка та методики: спеціальні: збірник наукових статей НПУ імені М. П. Драгоманова.* Київ, 2001. № 1. С. 183-192.

***ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2.***

***КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ФОРМ АФАЗІЇ***

***2.1. МОТОРНІ ФОРМИ АФАЗІЇ: ЕФФЕРЕНТНА, АФЕРЕНТНА, ДИНАМІЧНА***

***План***

1. Аферентна моторна афазія
2. Еферентна моторна афазія
3. Динамічна афазія

***План***

1. Аферентная моторная афазия
2. Эферентная моторная афазия
3. Динамическая афазия

|  |  |
| --- | --- |
| ***Аферентна***  ***моторна афазія*** | Аферентна моторна афазія є одним із найважчих мовленнєвих розладів. Нерідко вона виникає в комплексі з еферентною моторною афазією, тоді її подолання виявляється особливо довгим процесом. |
| Аферентна моторна афазія виникає внаслідок ураження постцентральних і нижньотім’яних відділів кори головного мозку, розташованих ближче до задньої частини центральної, або роландової, борозни.  В основі механізму виникнення літеральних парафазій у цих пацієнтів перебуває те, що під час ураження постцентральних відділів кори головного мозку нервові імпульси сягають непритаманних для тієї чи іншої фонеми групи м’язів, тобто виникає апраксія артикуляційного апарату або порушення симультанного аферентного просторово-кінестетичного аналізу та синтезу рухів різних органів артикуляційного апарату, порушення диференціації оцінки добору способів артикуляції, конструктивно-просторового аналізу артикуляторного складу слова чи звукового комплексу.  О. Лурія зазначає, що існує два варіанти аферентної моторної афазії. Перший характеризується порушенням просторового, симультанного синтезу рухів різних органів артикуляційного апарату і цілковитою відсутністю ситуативного мовлення. Другий варіант, що його в клінічній логопедії називають провідниковою афазією, вирізняється значною збереженістю ситуативного, клішеподібного мовлення за умови значного розпаду здатності до повторення, називання та інших довільних видів мовлення. Цей варіант аферентної моторної афазії характеризується порушенням диференційованого добору способів артикуляції і симультанним синтезом звукових і складових комплексів і спостерігається у ліворуких і амбідекстрів під час ураження лівої, рідше ‒ правої півкулі.  При першому варіанті аферентної моторної афазії виражена апраксія артикуляційного апарату може призвести до повної відсутності спонтанного мовлення, до її блокування. Пацієнти не можуть повторити жодного звука. Спроби довільного повторення звуків призводять до хаотичних рухів губ і язика, до літеральних (звукових) замін. Навіть уважне вдивляння пацієнта в артикуляцію логопеда приводить лише до знаходження способу та органу артикуляції, але пацієнт починає змішувати звуки. Це пояснюється порушенням кінестетичної оцінки ступеня зімкнення артикуляційних органів під час вимовляння цих звуків. Відбувається дезінтеграція рухів таких органів, як м'яке піднебіння і голосові складки. Пацієнт замість [*м*]вимовляє[*п*]*,* замість[*б*]- [*м*]тощо.  На більш пізніх етапах пацієнти вимовляють слово «*халат» я*к «*ханат*» чи «*ходат*», а «*дім» - я*к «*лім*» або «*тім*», «*тато*» *‒ я*к «*мамо*», «*вода» ‒* як «*вона*», «*собака»* ‒ *я*к «*сомака*» тощо. Крім порушення вибору органа артикуляції, у пацієнтів порушується і процес вибору місця артикуляції, тож замість «*Вова» вони вимовляють* «*Бома*» чи «*Вома*», замість «*кіт»* ‒ «*тіт*», замість «*голова»* ‒ «*долова*» тощо.  Усне мовлення цих пацієнтів характеризується певними труднощами засвоєння структури складних складів. Пацієнти дроблять закритий склад на два відкритих, дроблять збіг приголосних у складі або опускають приголосний звук. Тому такі слова, як «*тут», «там», «зуб», «дім», «дим», «кіт», «стіл», «шапка»* тощо, звучать як «*ту-та*», «*та-ма*», «*зу-ба*», «*ді-ма*», «*ди-ма*», «*кі-та*», «*с-ті-ла*», «*ша-па-ка*» тощо. Логопеду доводиться працювати над відновленням з’єднаності закритих складів.  На більш пізніх етапах відновлення та за наявності легкої вираженості мовленнєвого розладу у цих пацієнтів у спілкуванні за допомогою розгорнутого мовлення спостерігаються ті самі літеральні парафазії, ускладнений перехід до поскладової артикуляції слів зі складним звуковим складом.  Якщо при першому варіанті аферентної моторної афазії апраксія артикуляційного апарату характеризується труднощами вибору органів і місця артикуляції, змішуванні сонорних та змичних фонем і блокує збережену ситуативну динамічну сторону мовлення, то при другому варіанті аферентної моторної афазії, що виникає у ліворуких і амбідекстрів під час ураження нижньотім’яних відділів, розташованих ближче до задньої частини постцентральної ділянки, ситуативне клішеподібне мовлення залишається збереженим.  При цій, так званій, провідниковій афазії і спостерігається різка дисоціація між відносно збереженим активним клішеподібним предикативним мовленням і яскраво вираженим порушенням усіх видів довільного мовлення, що вимагає довільного артикулювання, тобто повторення, називання, читання вголос, письма під диктовку, розповіді за серіями сюжетних малюнків. Характерною рисою цих пацієнтів є те, що вони добре чують свої помилки й намагаються подолати артикуляційні труднощі. Внаслідок порушення звукового та складового конструювання слова у пацієнтів спостерігаються пропуски голосних, а також приголосних, що перебувають на стику складів або подовжуються, відбуваються перестановки звуків тощо.  Наведемо приклад повторення слова «*стіл»:* «*Л...; ні... с... с... л...; ні... т... т... т... л... ті... лс... с... лі...; ні... с... ті... сті... стіт,..; ні... сті... или...; ні... сті... стіл..., так, ось... сті... л... сті... л... Стіл! Стіл! Стіл!!*»  При першому варіанті афферентної моторної афазії пацієнти, у зв'язку з порушенням артикулярної сторони мовлення, користуються з метою спілкування різними мовленнєвими емболами, інтонаційно яскраво забарвленими, такими, що передають усю гаму їхніх емоцій. Мовленнєві емболи можуть складатися з одного або серії складів, одного-двох слів, завжди бездоганних у сенсі артикуляційної чіткості. Вони супроводжуються жестикуляцією, що полегшує процес комунікації.  При менш вираженій апраксії артикуляційного апарату пацієнти, повільно підбираючи потрібні артикуляторні рухи, спілкуються за допомогою неповних висловлювань, які забезпечують їм елементарний контакт із оточуючими.  Для пацієнтів із другим варіантом аферентної моторної афазії є характерним збереження клішеподібного, високо автоматизованого ситуативного мовлення, вільне спілкування з близькими їм людьми, з використанням високочастотних слів і словосполучень типу *так, ні, добре, коли, нащо, не може бути, авжеж* тощо. Для таких хворих характерно те, що на ранньому етапі відновлювання вони не можуть повторити, прочитати й написати щойно вільно вимовлені навіть найпростіші слова, як «так»*, «ні», «добре»* тощо.  Вимовлення цих слів забезпечує лише ситуативне мовлення. Під час усному скласти розповідь за серією малюнків, за окремими сюжетними картинками виникають надзвичайні труднощі довільного добору слів. Наприклад, під час складання тексту за серією сюжетних малюнків, що оповідають про хлопчика, котрий стрибає по калюжах холодним осіннім днем, та про наслідки цієї розваги, пацієнт вимовляє:«*Так... погано... дуже погано!.. шо же це таке? Як це... зараз скажу... і, як це називається? па... па., пал... палка. Ось це? Палка. Ну, ясно, ось він так і так... А калюжі ж, які калюжі! Ну й отримає він від батьків, дуже погано йому буде... Адже він захворіє, ну як же це, все розумію, а сказати не можу... Ну... давай, давай.*..» (тобто «*підкажи*») Логопед підказує: «*Бабуся».* «*Ну, правильно, так і є, але сказати не можу і все. Па... бал... псь... бсь... бсь... буська... ні., буся... ба... бу... сь... кся.. а... бабуся Бабуся! Ну, так, буся, ох, знову не можу, поможи*». Логопед вимовляє по складах: «*Ба-бу-ся».* Після цього пацієнт каже*:* «*Ну, тепер все ясно. Ба-бу-ся! Ні, а ти мені все-таки поясни, чому я все не так кажу, чую, все розумію, а сказати не можу*».  У міру того, як вимовна сторона мовлення відновлюється, фраза робиться більш розгорнутою, автоматизованою, все більше стає схожою на мовлення пацієнтів із іншими формами афазії, а саме акустико-мнестичною та семантичною афазією.  На одному з етапів оволодіння вимовною стороною мовлення при аферентній моторній афазії відновлюється номінативна функція. Надмірне «захоплення» відновленою можливістю називання всіх довколишніх предметів приводить до того, що під час складання текстів за серіями сюжетних малюнків на запитання: «Щ*о тут намальоване?» пацієнт*, вибудувавши основне речення, переходить до перерахування всіх фонових предметів, наявних на малюнках. Це зайве називання всіх предметів на малюнку є дуже схожим на аграматизм типу «телеграфного стилю», характерного для пацієнтів із еферентною та динамічною афазією. Однак якщо «телеграфний стиль» слугує пацієнтам з еферентною моторною афазією засобом спілкування, то розмовне мовлення пацієнтів із аферентною моторною афазією залишається, як і раніше, предикативним.  У міру відновлення здатності до вимовляння експресивне мовлення при аферентній моторній афазії наближається до норми. Лише в деяких випадках, у мовленні можуть залишатися легкі артикуляційні відгомони, що в одних випадках є схожими на прояви дизартрії (псевдодизартрія, що виникла внаслідок апраксії артикуляційного апарату), в інших ‒ на легкий іноземний акцент, що виражається не в зміні інтонації, а в уповільненості та неприродності вимовляння слів, оглушуванні дзвінких та відсутності м’яких приголосних.  На ранньому етапі після травми чи інсульту пацієнти з аферентною афазією нерідко зовсім не розуміють зверненого до них мовлення. Це пояснюється тим, що в процесі розуміння значну роль відіграє кінестетичний контроль, синхронне, приховане вимовляння сприйнятого на слух повідомлення.  Однак період значного нерозуміння мовлення при аферентній моторній афазії не є тривалим, після нього спостерігається швидке відновлення здатності до розуміння ситуативного розмовного мовлення, значення окремих слів, можливості виконання нескладних інструкцій.  Разом із артикуляторними порушеннями, що призводять до нечіткості прийняття мовлення на слух, при аферентній моторній афазії спостерігаються труднощі розуміння лексичних засобів мови, що передають різноманітні складні просторові відношення. До них належить характерний прийменниковий імпресивний аграматизм. Пацієнти, розуміючи значення окремих прийменників, не можуть розташувати в просторі три предмети, наприклад, покласти чи намалювати олівець під пензликом і над ножицями. Такі же труднощі відчуваються під час виконання завдання намалювати хатинку справа від чашки та зліва від квітки.  Розлади читання та письма при аферентній моторній афазії, за різних її варіантів, можуть бути вираженими по-різному й залежати від ступеня тяжкості апраксії артикуляційного апарату.  Відновлення глобального читання може випереджувати відновлення писемного мовлення. Під час записування слів під диктовку, під час письмового називання предметів, під час усного письмового спілкування з оточуючими у пацієнтів із аферентною моторною афазією спостерігаються всі артикуляційні труднощі, тобто з’являється дуже багато літеральних парафазій, які віддзеркалюють змішання голосних і приголосних фонем, близьких за місцем і способом артикуляції: [*м* ‒ *п* ‒ *б*]*,* [*н* ‒ *д* ‒ *т* ‒ *л*]*,* [*о* ‒ *у*]*,* [*а* ‒ *о*]*,* [*е* ‒ *и*] тощо.  В усному мовленні, в міру його відновлення, іноді не подоланим так і залишається одзвінчування дзвінких приголосних. Нерідко у пацієнтів, які добре співали до хвороби, виявляється авокалія, експресивна амузія, тобто вони з величезними труднощами вокалюють мелодію, лише зберігаючи її загальний ритмічний малюнок.  У міру відновлення читання та письма кількість літеральних парафазій і параграфій зменшується, однак і на пізніх етапах відновлення в писемному мовленні залишаються характерні літеральні параграфії.  У пацієнтів із другим варіантом аферентної моторної афазії писемне мовлення та читання вголос можуть на ранніх етапах бути цілком відсутніми, але часто зберігається читання мовчки та тенденція до односкладового письмового спілкування. Найбільш стійкими літеральними параграфіями за цієї форми афазії залишаються змішання голосних [*а, у, е, і,* *и*]*,* оглушування приголосних. У поодиноких випадках у читанні та на письмі за наявності провідникової афазії спостерігаються елементи оптичної аграфії та алексії, елементи дзеркального написання окремих літер, труднощі симультанного з’єднання літер у ціле слово, характерні для оптичної алексії.  Провідникова аферентна моторна афазія завжди сполучається з амнестико-семантичною афазією. Характерно, що в міру подолання амнестичних і артикуляційних розладів дедалі чіткіше виявляється імпресивний аграматизм цих пацієнтів, причому такий стійкий, що, як правило, його подолати не вдається. Досить стійкими залишаються й елементи оптичної аграфії та алексії. | |
| ***Еферентна моторна афазія*** | Еферентна моторна афазія виникає під час ураження полів 44, 45, за Бродманом. Вона супроводжується, як правило, кінетичною апраксією, що проявляється в труднощах засвоєння та відтворення рухової програми. Існує декілька |
| варіантів еферентної моторної афазії, обумовлених патологічною інертністю вибору звукових, складових і лексичних парадигм. Персеверації, що виявляються в неможливості своєчасного переключення від одного артикуляторного акту до іншого, утруднюють, а іноді й унеможливлюють усне мовлення, письмо, читання.  При першому варіанті еферентної моторної афазії апраксія артикуляційного апарату проявляється не в труднощах повторення окремих звуків, а в порушенні здатності повторити серію звуків або складів. Пацієнт застрягає на якомусь одному звуці чи складі, багаторазово його повторює. На прохання повторити дві серії звуків або складів він персеверує звуки з попереднього звукового чи складового ряду, не відчуваючи труднощів у самому акті звуковимови під час вимовляння автоматизованих мовленнєвих рядів , схожих на проспівування тексту пісень або повторення прямого порядкового рахунку. Однак ці види автоматизованого мовлення також вимагають активації ззовні. Якщо логопед запропонує пацієнтові проспівати той самий куплет пісні 2 ‒ 3 рази без акустичного підкріплення, він почне спочатку персеверувати якийсь фрагмент мелодії, а потім, втративши його, буде персеверувати рядки, що належать до куплету. Приблизно те саме відбудеться, якщо пацієнт залишиться сам ‒ на ‒сам із завданням відтворити порядкову лічбу або почергово назвати місяці року чи дні тижня. Застрявання, персеверації окремих складів, які входять у ці автоматизовані мовленнєві ряди, збивають з перерахування чисел і призводять до зупинки мовлення. Характерно й те, що для всіх варіантів еферентної моторної та динамічної афазії недоступною є зворотна порядкова лічба та інші автоматизовані мовленнєві ряди.  Застрягання на окремих елементах слова призводить до вторинного порушення цілісної ритмічної структури слів, порушень їх кінетичної рухової мелодії. Ці же порушення виявляються й при наявності більш легкого ступеня розладу. Пацієнт персевераторно повторює окремі склади слів, слова, між словами виникають тривалі паузи, внаслідок чого висловлення в цілому стає інтонаційно розірваим, відносно монотонним. Наприклад: слово «*муха»* звучить як«му...х...х...ха».  Іншою особливістю першого варіанту еферентної моторної афазії є складність добору складової структури слова. Наприклад, якщо логопед допомагає пацієнту вимовити слово «морква» й називає тільки першу його частину: «*мо»,* то пацієнт може «зісковзнути» на інші складові оболонки слів, вимовляючи «море», «молоко». При першому варіанті еферентної моторної афазії відновлюється лише можливість синхронного повторення. Це пояснюється граничною інертністю здатності перемикання на інші види діяльності.  При другому варіанті еферентної моторної афазії порушається вже добір не складової структури слова, а лексичного складу речення, тоді ситуативне мовлення буде фрагментарним, багатим на паузи, аграматичним, іноді дещо дизартричним через невстигання пригальмувати після вимовляння окремих артикулем.  Внаслідок інертності артикулування окремих слів можуть спостерігатися контамінації, обумовлені переносами складу з попереднього слова. Так, під час повторення слів пацієнт може вимовити «кімно» *(кімната, вікно).* Літеральні парафазії не є характерними для усного мовлення пацієнтів із еферентною моторною афазією, але їх достатньо багато в писемному мовленні пацієнтів. На ранньому етапі після інсульту при цьому варіанті еферентної моторної афазії може також цілком бути відсутньою і власне мовлення. Під час спонтанного відновлення мовлення пацієнти починають спілкуватися за допомогою окремих слів, і швидко у них виявляється виражений експресивний аграматизм: з труднощами вживаються прийменники, флексії іменників та інших частин мови. Мовлення буде містити багато вигуків, інтонаційно забарвлених слів, підкріплюватиметься мімікою.  «Телеграфний стиль» при еферентній моторній афазії долається з надзвичайними труднощами. Це пояснюється й тим, що за наявності цієї форми афазії порушується як добір лексичних засобів мови, так і предикативна функція внутрішнього мовлення. Наприклад, під час складання усного тексту за серією сюжетних малюнків «Випадок на річці» пацієнт вимовляє такий текст: «*Цей хлопчик... хлопчик, і від річка, і плот, і хлопчик, як це... падати в* *воду, і плот, туди покликати далеко... і хлопчик, чобітки знімати треба... кличе, як це... поможіть... ну от, чобітки тут, і вода холодна, і від хлопчик... і хлопчик берег... дихати треба добре... хлопчик... і хлопчик іде вдома*».  Серед різних варіантів еферентної моторної афазії зустрічається й така, під час якої мовлення порушується лише в зміні одного складу на інший. Мовлення цих пацієнтів оформлене граматично правильно, але через порушення його ритміко-мелодичної, інтонаційної забарвленості страждає здатність до виділення не тільки наголошених складів слова, але й інтонаційна забарвленість того нового, про що йдеться в повідомленні, на що падає логічний наголос. На відміну від пацієнтів із аферентною моторною афазією, під час повторення слів звукова структура складів при еферентній моторній афазії не спрощується, не руйнується, не втрачає своєї інтонаційної забарвленості.  При першому варіанті еферентної моторної афазії спостерігається виражена аграфія. При другому варіанті цієї форми пацієнт здатен записати слова та фрази тільки після промовляння їх за складами. У більш важких випадках пацієнт не може скласти їх навіть із уже вибраних логопедом літер розрізної абетки та під час повторення. Він безуспішно переставляє літери слова, навіть дуже короткого, з труднощами знаходить потрібний порядок літер, не може знайти потрібну літеру, правильно вимовити весь звуковий склад слова. У більш легких випадках пацієнт записує слова зі слуху, при цьому пропускає голосні у збігах приголосних, переставляє літери та склади, наприклад: «*кімната»* ‒ «*кмата*», «*кімата*»; «*вікно»* ‒ «*внко*», «*інко*», «*ківно*», «*нік*»; «*хвіст»* ‒ «*вст*», «*хіст*».  У писемному мовленні на пізніх етапах відновлення, коли вже самостійно складається текст за серією малюнків, крім дизграфічних помилок (пропусків і перестановок літер), виявляється аграматизм, що виражається в труднощах узгодження слів у реченні.  За наявності еферентної моторної афазії також різною мірою може бути порушеним процес читання. За першого варіанту, в найбільш складних випадках, воно має характер вгадування. Пацієнт може тільки показати, де написано те чи інше слово, або дібрати підписи до картинок. Ці тяжкі порушення читання та письма обумовлено руйнацією здатності до програмованого звуко-літерного аналізу складу слова. В більш легких випадках пацієнт може прочитати окремі слова та короткі речення, але з великими труднощами розуміє сенс прочитаного, особливо речення зі складною синтаксичною структурою.  В основі розладів розуміння при еферентній моторній афазії перебувають порушення так званого «відчуття мови», порушення внутрішнього мовлення, інертність перебігу всіх видів мовленнєвої діяльності.  За умови яскравого вираження цієї форми афазії, персеверації проявляються вже під час виконання простих інструкцій. Наприклад, якщо до логопедичного обстеження пацієнт пройшов дослідження розуміння мовлення, здійснене лікарем, то у відповідь на завдання відкрити рота він може заплющити очі, на завдання підняти руку може підняти брови й закотити очі вгору, на завдання показати потилицю ‒ підняти руку тощо, тобто виконає серію персеверацій із попереднього дослідження.  Пацієнти можуть показати окремі частини тіла, якщо між словами буде зроблено великі паузи. Однак навіть за незначного пришвидшення темпу виконання завдань із показу картинок або частин тіла у них виникають персеверації. Вони починають показувати не ті предмети, не ті малюнки, навіть якщо перед ними розкладено їх дуже мало. Виникає вторинне відчуження сенсу слова. Наприклад, пацієнт спочатку правильно показав вухо, око, зуби, однак на повторне прохання показати ті самі частини обличчя, тільки тепер у іншому порядку, він починає хаотично та невдало показувати різні частини обличчя.  Трохи ліпше, але все же таки з величезними труднощами, ці пацієнти виконують повторні прохання.  При еферентній моторній афазії наявне й порушення відчуття мови, пацієнти не можуть на слух відрізнити граматично правильно побудоване висловлення від неправильного, наприклад: «Хлопчик сидить на стільцем», «Дівчинка бігти на дорогу».  Пацієнти з еферентною афазією погано розуміють переносне значення метафор, прислів’їв, що пояснюється труднощами переключення на інший, прихований сенс висловлення.  Премоторні відділи домінантної з позиції мовлення півкулі відповідають за закінчення процесу кодування мовленнєвого висловлювання. З одного боку, вони реалізують головне переключення сформованих у постцентральних відділах артикуляторних комплексів, добір лексем і фонем, а з іншого боку, завершують процес планування та граматичного оформлення висловлення, що програмується в лобних і задньолобних відділах. | |
| ***Динамічна***  ***афазія*** | Динамічна афазія виникає унаслідок ураження задньолобних відділів лівої, домінантної з точки зору мовлення, півкулі (поля 10, 45, 46).  Провідним мовленнєвим розладом за динамічної афазії є значна ускладненість, а іноді |
| й  повна неможливість активного розгортання самостійного активного розгортання самостійного висловлення, обумовлена руйнацією різних рівнів внутрішнього мовлення.  У пацієнтів із динамічною афазією зберігається артикуляторна сторона мовлення, правильно вимовляються окремі звуки, повторюються без артикуляторних труднощів слова та короткі речення, пацієнт може вести діалог, відповідати на запитання, даючи прості відповіді. Однак комунікативна функція мовлення, особливо монологічне мовлення, є порушеним. Пацієнти з яскраво вираженою формою динамічної афазії вирізняються не тільки мовленнєвою, але й загальною аспонтанністю, безініціативністю. Їм притаманна виражена ехолалія, а іноді й ехопраксія, коли пацієнт репродуктивно, механічно повторює за співрозмовником слова, запитання, рухи.  Існує декілька варіантів динамічної афазії, що характеризуються різним ступенем порушення комунікативної функції, від цілковитої відсутності експресивного мовлення до незначного порушення окремих аспектів мовленнєвої комунікації. Т. Ахутіна детально описала два варіанти динамічної афазії. В основі першого з них перебуває порушення такої ланки внутрішнього мовлення, як внутрішнє програмування висловлення. Під час складання окремих фраз пацієнти потребують постійної стимуляції, їхнє мовлення вирізняється примітивністю синтаксичної структури, наявністю мовленнєвих шаблонів, при цьому аграматизмів немає.  Центральною ланкою розладу мовлення є порушення спонтанного розгорнутого висловлення, пацієнти не можуть переказати простого, щойно прочитаного тексту, розказати, щось зі свого життя. Під час оповідання за сюжетною картинкою вимовляються окремі, не пов’язані між собою фрагменти, виокремлюються основні змістові ланки. Переказуючи казку, пацієнт вимовляє: «*Так от... у хазяїна була курка... і золоті яйця... і він її вбив... от*» (приклад О. Лурії).  При динамічній афазії можуть спостерігатися псевдо-амнестичні труднощі під час називання предметів і особливо під час пригадування прізвищ або імен знайомих людей, назв міст, вулиць тощо. Ці амнестичні труднощі обумовлено інертністю здатності добирати слова з низки альтернатив. Пацієнти з динамічною афазією, на відміну від пацієнтів із акустико-мнестичною й амнестико-семантичною афазією, не вдаються до допомоги фразеологічного опису функцій предмета. Підказування першого складу слова є пусковим поштовхом, який деблокує інертність перебігу мовленнєвого пошуку слова серед низки альтернатив.  За більш масивних уражень лівої лобної долі спостерігається глибоке порушення породження складних мотивів, намірів і програм поведінки. Такі пацієнти не виявляють зацікавленості довколишнім світом, не висловлюють ніяких прохань, не ставлять запитань. Спонтанне мовлення може бути в них зовсім відсутнім, а діалогічне може бути грубо порушеним і характеризується ехолалічним повторенням запитання.  У більш легких випадках пацієнти ехолалічно запозичують частину запитання співрозмовника, надаючи їй правильної граматичної форми. Наприклад, на запитання: «*Ви сьогодні снідали?»* пацієнт відповідає: *«Ми сьогодні снідали».*  За легкого ступеня динамічної афазії розуміння елементарного ситуативного мовлення, особливо дещо уповільненого в темпі, з паузами між інструкціями, залишається збереженим. Однак під час пришвидшення темпу виголошення завдань, що супроводжуються показом предметних малюнків, частин обличчя можуть спостерігатися персеверації, труднощі швидкого віднайдення потрібного предмета, виникає ефект псевдо відчуження сенсу слова.  У пацієнтів із вираженою динамічною афазією, як і в пацієнтів із еферентною моторною афазією, спостерігається порушення відчуття мови, що виражається в тому, що їм важко відрізнити на слух граматично правильно оформлене речення від граматично неправильного.  Читання та письмо під диктовку залишаються збереженими й слугують цілям відновлення плану письмового висловлення, але самостійне граматично правильне письмове складання фрази їм непідвладне. Порушення внутрішнього мовлення відбивається й на письмовому висловлюванні та формулюванні думки.  Елементарна лічба залишається збереженою навіть за умови серйозного розпаду експресивного мовлення. Однак різко порушується здатність до розв’язання арифметичних задач, що вимагають побудови плану дій.  **Контрольні запитання**   1. Розкрийте особливості порушення розуміння усного мовлення, читання та письма при аферентній і еферентній моторній афазії. 2. У чому полягає специфіка розгорнутого висловлення при динамічній афазії? 3. Порівняйте й опишіть аферентну та еферентну моторну афазію. 4. Охарактеризуйте динамічну афазію. 5. За наявності яких форм афазії більше порушується писемне мовлення? 6. За наявності яких форм афазії провідним симптомом є кінестетична апраксія? | |

**Рекомендована література**

1. Базима Н. В. Застосування заохочень для підвищення мотивації до мовленнєвої діяльності. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 27. С. 13-17.
2. Мартиненко І. В. Логопсихологія: курс лекцій : навчальний посібник. Київ : ДІА. 2014. 100 с.
3. Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. / М. К. Шеремет, О. В. Боряк. Суми: ФОП Цьома С. П., 2016. 252 с.
4. Основи етики спілкування з особами з інвалідністю: Навчально-методичний посібник / За ред. акад. В. М. Синьова. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 150 с.
5. Савицький А.М. Корекція мовленнєво-рухової діяльності у дошкільників з дитячою афазією: дис… канд. наук: 13.00.03 –Корекційна педагогіка. Київ, 2009.
6. Тищенко В. В. Класифікації порушень мовленнєвого розвитку: сучасний стан, протиріччя та шляхи їх усунення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 29. С. 112-118.
7. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник. Київ: КНТ, 2006. 380 с.
8. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров’я. *Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна.* Кам’янець-Подільський : ПП Мошинський В. С. 2006. № 6. С. 337-342.
9. Шеремет М. К. Логопедія. Підручник. Київ: Слово. 2014. 672 с.

***2.2 МОТОРНІ ФОРМИ АФАЗІЇ: ЕФЕРЕНТНА, АФЕРЕНТНА, ДИНАМІЧНА***

***План***

1. Акустико-гностична сенсорна афазія
2. Акустико-мнестична афазія
3. Семантична афазія

|  |  |
| --- | --- |
| ***Акустико-гностична сенсорна афазія*** | Уперше сенсорну афазію описав німецький психіатр Верніке показав, що афазія, котру він назвав сенсорною, або акустично чутливою, виникає внаслідок ураження задньої третини верхньої скроневої звивини лівої півкулі. |
| Характерною рисою ціє ї форми афазії є порушення розуміння мовлення під час його сприймання на слух. Довгий час механізм порушення розуміння цієї форми афазії залишався незрозумілим, було очевидним лише те, що сенсорна афазія є одним із видів акустичної агнозії.  Упродовж багатьох років серед спеціалістів різних наукових галузей відбувалася дискусія щодо того, чи є процес сприйняття мовлення на слух суто акустичним, чи, може, в ньому певну роль відіграє й артикуляторна сторона мовлення. В останні роки було доведено, що сприйняття мовлення супроводжується внутрішнє, приховане, не помітне для слухача промовляння почутого, що поліпшує розуміння сприйнятого на слух усного повідомлення.  Здатність до розуміння мовлення забезпечується не тільки диференціацією фонематичних ознак мовленнєвих звуків, але й певною послідовністю, визначенням місця наголошеного складу в слові.  На ранніх стадіях захворювання, що характеризується значними ділянками ураження у скроневій долі спростерігається цілковитий розлад розуміння мовлення. Пацієнт сприймає чуже мовлення як непіддатний для розуміння потік звуків.  Пацієнти з сенсорною афазією, як правило, не мають виражених рухових порушень, і цілковите нерозуміння мовлення оточуючих, відсутність слухового контролю ласного мовлення призводить до того, що вони не завжди відразу починають усвідомлювати свою неспроможність. Це їх збуджує, вони стають багаторухливими та велемовними. На більш пізніх етапах і за менш виражених розладах спостерігається лише часткове розуміння мовлення, підміна точного сприйняття слова здогадками. Логопеду доводиться неодноразово повторювати свое прохання, підкріплювати своє висловлення жестом, що вказує на предмет, тощо.  Вторинним проявом фонематичної недостатності є своєрідна зміна в розумінні значення слова. На основі нездатності розрізнити звуки виникає головна особливість сприйняття мовлення, а саме його нестійкість. Пацієнт то розпізнає слово, то не може його упізнати. Різні слова можуть звучати для нього однаково (наприклад: *хвіст* ‒ *ліс* ‒ *гість* ‒ *злість), і* те саме слово він може сприйняти по-різному, неправильно показуючи предмети. Наприклад, на прохання логопеда показати слова, що позначають будинок*, дочку та діжку ві*н показує відповідно *ботинок,* *точку,* *мишку*. Тож, порушення звукової диференціації призводить до зниження здатності розрізнювати значення слова.  Пацієнт із сенсорною афазією гірше вловлює на слух кореневу, тобто лексико-семантичну, частину слова, внаслідок чого й виникає втрата словом його предметної співвіднесеності. Почувши слово «дзвіночок»*,* пацієнт *вимовляє*: «Це щось маленьке, а що, не знаю».  У зв’язку зі звуковою лабільністю, у пацієнтів із сенсорною афазією погіршується самоконтроль власного мовлення, в результаті чого у їхньому усному мовленні з’являється компенсаторне багатослів’я.  На резидуальних етапах, за наявності сенсорної афазії, спостерігається порушення не тільки фонематичної організації мовленнєвого висловлення, що виражається в поодиноких літеральних парафазіях (переважно замінах глухих фонем на дзвінкі), але й добору лексичних засобів мови, що призводить до частих вербальних парафазій.  Наведемо приклади вербальних парафазій: «Вовк угледів мисливців і делікатно зник у кущах», «Дитинчатко (телятко) бігало навколо корови й не слухалося пастуха», «Коваль накували підкову». Ці порушення добору лексичних засобів оформлення думки за наявності акустико-гностичної афазії проявляються на тлі збереженої ритміко-мелодичної, інтонаційної основи висловлення. Таким чином, на ранньому етапі захворювання спонтанне мовлення пацієнтів із акустико-гностичною афазією характеризується багатьма літеральними, а на пізніх резидуальних етапах ‒ вербальними парафазіями.  За наявності акустико-гностичної афазії внаслідок порушення фонематичного слуху вторинно страждає його артикуляційне оформлення. Через це виникають літеральні парафазії. Нерідко пацієнт із акустико-гностичною афазією спочатку акустично правильно повторює слово. Після дослуховування до його звучання й подальших спроб його повторити, пацієнт втрачає не тільки звукові компоненти слова, але й ритміко-мелодичну основу, що сприяла його первинному правильному повторенню. У міру втрати звукового образу слова пацієнт втрачає і можливість зрозуміти його значення, відмовляється від подальших спроб його повторити.  У пацієнтів із сенсорною, акустико-гностичною афазією, разом із правильним називанням почутого, наявні й вербальні парафазії, спроби пояснити значення слова або знайти його через фразеологічний контекст. Наприклад під час називання *яблука* пацієнт вимовляє: «*Ну, як же це.. я чудово знаю, що це груша, ні, не груша, а апельсин, апельсин... не апельсин, а кисленьке яблучко... в лісі росте і в саду росте. Є у мене на дачі*». Під час називання, як і під час повторення, можуть виникати літеральні (звукові) парафазії з тенденцією до заміни глухих фонем на дзвінкі ([*п* ‒ *б*]*,* [*т*‒ *д*]*,* [*к*‒ *г*] *або* [*п* ‒ *д*]*,* [*т* ‒ *б*] тощо).  Під час читання в мовленні пацієнтів із сенсорною афазією з’являються літеральні парафазії, пацієнти відчувають значні труднощі в постановці наголосу в слові, тобто віднайдені наголошеного складу, у зв’язку з чим їм дуже важко й зрозуміти сенс прочитаного. Однак читання залишається найбільш збереженою мовленнєвою функцією при сенсорній афазії, оскільки воно реалізується шляхом залучення оптичного та кінестетичного контролю.  Писемне мовлення під час акустико-гностичної афазії, на відміну від читання, порушується більшою мірою і перебуває у прямі залежності від стану фонематичного слуху пацієнта.  На ранньому етапі, за яскраво вираженої акустико-гностичної афазії ускладнене письмо під диктовку та списування слів. За яскраво вираженої сенсорної афазії не усвідомлюються мовленнєві розлади, зоровий образ слова, що списується, відтворюється безконтрольно. При цьому, списуючи, наприклад, слово з трьох літер: «*кіт*»*,* пацієнт мурмоче невизначений набір звуків і пише 8-10 знаків: «*китлршкрп*».  Якщо загострити увагу пацієнта на його помилках із залученням збереженого оптичного контролю, це допоможе йому точно скопіювати потрібне слово. В писемному мовленні, за наявності сенсорної афазії, у слухових диктантах тривалий час спостерігаються літеральні параграфії. У спонтанному письмі з опорою на збережений кінестетичний і оптичний контроль літеральні параграфії спостерігаються рідше.  Яскраво виражені розлади лічби при сенсорній акустично-гностичній афазії спостерігаються лише на найбільш ранньому етапі, оскільки лічба вимагає промовляння слів, що належать до рахункових операцій. | |
| ***Акустико-мнестична афазія*** | Акустико-мнестична афазія виникає внаслідок ураження середніх і задніх відділів скроневої ділянки.  За наявності акустико-мнестичної афазії характерною є диссоціація між відносно збереженою здатністю повторити окремі слова та порушенням повторення 3-4 не |
| пов’язаних за значенням слів (наприклад: *рука,кіт, небо; ложка, диван, собака; ліс, будинок, вухо* тощо) або складів. Зазвичай повторюється перше й останнє слово, у більш важких випадках ‒ лише одне слово з заданої серії слів.  Порушення обсягу утримання мовленнєвої інформації, її «пригальмованість» призводять до труднощів у розумінні довгих, багатослівних висловлень, що складаються з 5‒7 слів. При цьому може спостерігатися вторинне відчуження сенсу слів. Пацієнт може вказати чи дати не той предмет, про який ідеться, виникає акустико-мнестична дезорієнтованість. При акустико-мнестичній афазії пацієнтові важко орієнтуватися в бесіді з двома-трьома співрозмовниками.  За наявності другого варіанту акустико-мнестичної афазії труднощі утримання змістової сторони мовлення полягають у послабленні та збідненні зорових уявлень про предмет, у співвідношенні сприйнятого на слух слова з його зоровим уявленням. Пояснюється ця ослабленість тим, що задньоскроневі відділи (див. рис., поле 37, за Бродманом) є суміжними з потиличними, оптико-гностичними відділами.  Зниження ефективності оптико-мнестичних процесів призводить до того, що зорове уявлення про предмет стає неповним. Під час малювання тих або інших предметів забуваються, не домальовуються значимі для розпізнавання деталі (носик у чайника, гребінець у півня, ручка у чашки).  Усне мовлення характеризується труднощами добору слів, необхідних для організації висловлення. Мовлення пацієнтів із акустико-мнестичною афазією, як і з акустико-гностичною, зберігає яскраво виражений предикативний характер. Труднощі віднайдення слів» пояснюються збідненням зорових уявлень про предмет. Семантична розмитість значення слів призводить до виникнення в мовленні частих вербальних парафазій, поодиноких літеральних замін, контамінації (злиття двох слів у одне, наприклад, «*ніжелка*» ‒ *ніж* ‒ *виделка).*  Порушення номінативної функції мовлення під час акустико-мнестичної афазії проявляється не тільки в труднощах називання, але й у важкому доборі слів у власному мовленні, в розповідях за малюнками тощо Під час оповіді за серією сюжетних малюнків, переказі тексту в спонтанному мовленні іменники заміщуються займенниками. Аграматизм за наявності акустико-мнестичної афазії характеризується змішанням флексій дієслів і іменників у роді тачислі. На відміну від акустико-гностичної афазії, за наявності акустико-мнестичної афазії висловлення пацієнтів вирізняються більшою закінченістю, в їхньому мовленні немає так званого мовленнєвого «борщу».  У писемному мовленні при акустико-мнестичній афазії більше, ніж в усному, проявляється експресивний аграматизм, тобто змішання прийменників, а також флексій дієслів, іменників і займенників, головним чином у роді та числі. Але номінативна сторона писемного мовлення виявляється більш збереженою, оскільки пацієнти мають більше часу для добору слів, більшу можливість добору синонімів, а також фразеологізмів, що допомагають «виринанню» в пам’яті потрібних слів. Дуже рідко в писемному мовленні спостерігаються літеральні парафазії акустичного типу (змішання дзвінких і глухих фонем).  Під час записування тексту під диктовку пацієнти відчувають значні труднощі в утриманні в слухомовленнєвій пам’яті навіть фрази, що складається з трьох слів. При цьому їм необхідно повторити кожний фрагмент фрази.  Під час акустико-мнестичній афазії значні труднощі проявляються в розумінні прочитаного тексту. Це пояснюється тим, що друкований текст складається з речень певної довжини. Утримання в пам’яті прочитаного тексту теж вимагає збереженості слухомовленнєвої пам’яті. Розлади слухомовленнєвої пам’яті відбиваються й на розв’язанні арифметичних прикладів. Наприклад, під час складанні чисел 27 і 35 пацієнт пише: «2» і вимовляє: «один в умі», й навіть у тому випадку, якщо одиницю записано поряд із прикладом, він забуває її додати до наступного доданка.  Таким чином, при акустико-мнестичній афазії порушення слухомовленнєвої пам’яті вторинно призводить до труднощів нормальної реалізації письма, читання та лічби. | |
| **Семантичная афазия** | Семантична афазія виникає під час ураження тім’яно-потиличної ділянки домінантної для мовлення півкулі. Під час ураження тім’яно-потиличних (або нижньотім’яних) відділів кори |
| лівої півкулі зберігається плавна синтагматична організація мовлення, не спостерігається ніяких пошуків звукового складу слова, відсутні явища зниження слухомовленнєвої пам’яті чи порушення фонематичного слуху, залишається збереженим артикуляторно-фонематичний рівень. Істотні порушення кодування та декодування мовленнєвого повідомлення виявляються у явищах забування слів і в труднощах розуміння та формулювання складних логіко-граматичних відношень.  Амнестико-семантична афазія є єдиною формою афазії, під час якої, з одного боку, наявні характерні для неї амнестичні труднощі пошуку потрібного слова чи довільного називання предмета, коли пацієнти кажуть: «Ну, це, чим пишуть», «...Це те, чим ріжуть» тощо, з іншого боку, існує характерний для цієї форми афазії складний імпресивний аграматизм.  О. Лурія відзначає, що в основі порушення мовлення за типом амнестичної афазії перебуває розпад смислової, семантичної структури слова, збіднення близьких і далеких смислових зв’язків слова.  Якщо фонематичний слух і слухомовленнєва пам’ять реалізуються за допомогою вторинної мовленнєвої зони скроневої долі головного мозку, то декодування та кодування складних логіко-граматичних конструкцій ‒третинними зонами, зонами перекривання скроневої й потилично-тім’яної ділянок.  Ця форма афазії сполучається з вираженою просторово-конструктивною апраксією, апраксією пози пальців, а також із акалькулією.  Порушення розуміння словосполучень отримало назву імпресивного аграматизму, тобто порушення розуміння складних смислових і граматичних взаємовідношень слів, виражених, як уже говорилося, за допомогою прийменників і флексій. У пацієнтів із семантичною афазією зберігається здатність до розуміння звичайних фраз, які передають комунікацію подій.  Пацієнти добре розуміють значення окремих прийменників, вільно кладуть олівець зліва від , ложки, або ложку справа від виделки, але їм важко зорієнтуватись у розташуванні трьох предметів за інструкцією: «*Покладіть олівець справа від виделки і зліва від пензля*». Ще більші труднощі відчувають вони під час розкладання геометричних фігур. Наприклад, намалювати хрест під колом або квадрат над хрестом.  Ці пацієнти не можуть орієнтуватись у порівняльних словосполученнях типу: Микола *є вищим за Михайла й нижчим за Василя. Хто з них найвищий? Хто ‒ найнижчий? Або*: Олена *світліша за Тетяну й темніша за Софію. Хто з дівчат Олена? Хто Софія? Хто Тетяна?* Такі самі труднощі виникають під час порівняння словосполучень із прислівниками «*далі, блище, зліва, справа»* тощо.  При семантичній афазії суттєво порушено здатність до розшифровування флективних інвертованих словосполучень, що входять до складу конструкцій типу: «*покажіть гребінець олівцем, покажіть олівець ручкою».* Під час виконання цих завдань пацієнти «зісковзують» на прямий порядок дій із предметами, ігноруючи флективні семантичні ознаки просторової спрямованості дії. Такі самі труднощі визначення спрямованості дії виникають у пацієнтів під час намагання зрозуміти речення: «Миколу *вдарив Петро». Хто ініціював бійку?, під час віднайдення* алогічного речення з двох запропонованих: «*Сонце освітлюється Землею, Земля освітлюється сонцем» або «Земля освітлює сонце, Сонце освітлює землю».*  Найбільші труднощі виникають у пацієнтів із семантичною афазією під час намагання зрозуміти зміст логіко-граматичних словосполучень, що позначають родинну приналежність, наприклад, *батьків брат* ‒ *батько* *брата,* що їх зрозумітиможна лише усвідомивши відповідні родинні зв’язки та значення слів: *дядько* ‒ *брат* ‒ *батько.*  Труднощі виникають і під час розуміння складних синтаксичних конструкцій, що виражають причинно-наслідкові, часові та просторові зв’язки, дієприслівникові та дієприкметникові звороти. Наприклад: «*Я вирушив до їдальні після того, як поговорив із сестрою».* Пацієнти абоне помічають алогічності речення типу: «Ішов *дощ, тому що було мокро», «Слон не відчув уколу, бо у нього сіра шкіра»* тощо. За наявності семантичної афазії втрачається здатність до розуміння метафор, прислів’їв, крилатих виразів, зникає здатність побачити в них переносне значення. Так, метафори: «*крижане серце», «залізна рука» та* прислів’я: «*Не плюй у криницю, звідки питимеш водицю»* вони розуміють буквально, в конкретному, прямому значенні.  Таким чином, більшість порушень процесів розуміння атрибутивних і інвертованих словосполучень при семантичній афазії пов’язана з розпадом симультанного, просторового мовленнєво-мисленнєвого праксису.  Експресивне мовлення при семантичній афазії вирізняється збереженістю синтагматичної сторони мовлення, воно є артикуляторно збереженим, не відзначається літеральних парафазій, немає вираженого аграматизму.  В усному мовленні, за наявності семантичної афазії, немає складних лексичних комплексів, через що його лексичний склад стає семантично бідним. Нерідко пацієнт відчуває яскраво виражені труднощі в пошуках потрібного слова, замінюючи його описом функцій або ознак предмета, вербальними парафазіями з того самого семантичного поля. Бідність лексики виражається в нечастому використанні прикметників, прислівників, описових зворотів, дієприслівникових і дієприкметникових зворотів, прислів’їв, приказок, у пошуках і труднощах віднайдення точного або влучного слова, тобто вживання тих засобів мови, якими людина оволодіває у старшому шкільному та зрілому віці.  Писемне мовлення вирізняється бідністю, стереотипністю синтаксичних форм, у ньому мало складносурядних і складнопідрядних речень, різко скорочується кількість вживаних прикметників, відзначається очевидна поверховість декодування задуму художнього твору під час написання творів за репродукціями добре відомих пацієнтові картин українських і зарубіжних художників.  Особливості порушення лічби. Під час семантичної афазії нерідко спостерігаються яскраво виражені порушення операцій лічби. Пацієнти змішують напрямок дій під час розв’язання багатозначних арифметичних прикладів, то додаючи, то віднімаючи числа в межах одного прикладу. Крім того, відчуваються певні арифметичні труднощі під час дії із переходом через десяток, утруднюється запис багатозначних чисел зі слуху. Наприклад, замість числа 1081 вони можуть написати 1801, 1108 тощо, тобто їм важко визначити розрядність числа. Порушення операцій лічби проявляється і в труднощах розуміння тексту задач, що також пояснюється порушенням симультанного аналізу та синтезу тих самих логіко-граматичних конструкцій.  **Контрольні запитання**   1. Поясніть особливості порушення розуміння усного мовлення пацієнтів із акустико-гностичною та акустико-мнестичною сенсорною афазією. 2. Охарактеризуйте особливості порушення читання та письма за наявності акустико-гностичної та акустико-мнестичної сенсорної афазії. 3. У чому полягає специфіка порушення операцій лічби за наявності акустико-мнестичної сенсорної афазії? 4. Порівняйте акустико-гностичну та акустико-мнестичну сенсорну афазію. 5. Охарактеризуйте семантичню афазію. 6. За яких форм афазії більше порушується писемне мовлення? 7. За яких форм афазії виникають труднощі розуміння складних синтаксичних конструкцій? | |
| **Рекомендована література**   1. Бейн Э.С. Пособие по восстановлению речи у больных с афазией. Москва: Книга по Требованию, 2012. 334 с. 2. Винославська О.В., Бреусенко-Кузнєцов О.А., Зливков В.Л. Психологія : навч. посіб. Київ: ІНКОС, 2009. 390 с. 3. Мартиненко І. В. Логопсихологія: курс лекцій : навчальний посібник. Київ : ДІА. 2014. 100 с. 4. Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. / М. К. Шеремет, О. В. Боряк. Суми: ФОП Цьома С. П., 2016. 252 с. 5. Основи етики спілкування з особами з інвалідністю: Навчально-методичний посібник / За ред. акад. В. М. Синьова. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 150 с. 6. Савицький А.М. Корекція мовленнєво-рухової діяльності у дошкільників з дитячою афазією: дис… канд. наук: 13.00.03 –Корекційна педагогіка. Київ, 2009. 7. Тищенко В. В. Класифікації порушень мовленнєвого розвитку: сучасний стан, протиріччя та шляхи їх усунення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 29. С. 112-118. 8. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник. Київ: КНТ, 2006. 380 с. 9. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров’я. *Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна.* Кам’янець-Подільський : ПП Мошинський В. С. 2006. № 6. С. 337-342. 10. Шеремет М. К. Логопедія. Підручник. Київ: Слово. 2014. 672 с. | |

***TЕСТОВІ ЗАВДАННЯ З ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ***

**Завдання 1**

Порушення голосу як розладу просодичної сторони мовлення виникають:

**Варіанти відповідей:**

1. під час аферентної моторної афазії;
2. під час акустико-мнестичної афазії;
3. під час семантичної афазії;
4. не належать до симптомокомплексу афазії.

**Завдання 2**

За яких форм афазії порушуються парадигматичні зв’язки:

**Варіанти відповідей:**

1. передні форми;
2. задні форми;
3. за всіх форм афазії;
4. взагалі не порушуються.

**Завдання 3**

Центральним механізмом при динамічній афазії є:

**Варіанти відповідей:**

1. звуження обсягу слухомовленнєвої пам’яті;
2. розлади внутрішнього мовлення та його предикативність;
3. порушення фонематичного слуху;
4. порушення рухової реалізації артикуляторної програми.

**Завдання 4**

Оптико-мнестична афазія є варіантом:

**Варіанти відповідей:**

1. акустико-гностичної афазії;
2. аферентної моторної афазії;
3. акустико-мнестичної афазії;
4. самостійним мовленнєвим порушенням.

**Завдання 5**

Аграфія та алексія як вторинні порушення писемного мовлення проявляються під час:

**Варіанти відповідей:**

1. семантичної афазії;
2. еферентної моторної афазії;
3. аферентної моторної афазії;
4. динамічної афазії.

**Завдання 6**

Розлади реалізації моторної програми висловлення спостерігаються під час:

**Варіанти відповідей:**

1. семантичної афазії;
2. аферентної моторної афазії;
3. акустико ‒ мнестичної афазії;
4. провідникової афазії.

**Завдання 7**

Жаргонафазія як специфічне порушення експресивного мовлення проявляється під час:

**Варіанти відповідей:**

1. динамичної афазії;
2. семантичної афазії;
3. акустико ‒ гностичної афазії;
4. акустико ‒ семантичної афазії.

**Завдання 8**

За наявності акустико-гностичної афазії джерело ураження локалізовано у:

**Варіанти відповідей:**

1. зоні Брока;
2. зоні Верніке;
3. зоні перекриття потиличної, скроневої та тім’яної доль кори головного мозку;
4. моторних зонах кори головного мозку.

**Завдання 9**

Центральним розладом при семантичній афазії є:

**Варіанти відповідей:**

1. розлади реалізації моторної програми;
2. порушення симультантного просторового сприймання;
3. порушення розуміння логіко-граматичних конструкцій;
4. порушення внутрішнього планування мовленнєвих висловлень.

**Завдання 10**

Контамінації, часто наявні під час афазії, – це:

**Варіанти відповідей:**

1. вживання одних звуків і слів замість інших;
2. об’єднання двох слів в одне;
3. «застрягання» на мовленнєвому матеріалі;
4. фрагменти мовлення, що їх пацієнт вживає у процесі висловлювання.

**Завдання 11**

Яку форму афазії має пацієнт, якщо у нього наявне локальне ураження лобних відділів кори головного мозку; він не може повторити довгі мовленнєві ряди; його мовлення є фрагментарним, випадають дієслова; він не орієнтується в умовах задачі.

**Варіанти відповіді:**

1. моторна аферентна;
2. моторна еферентна;
3. динамічна;
4. акустико-мнестична.

**Завдання 12**

Яку форму афазії має пацієнт, якщо у нього наявне локальне ураження скроне-тім’яно-потиличних ділянок кори головного мозку; спостерігається розпад симультанного синтезу, відзначаються складнощі розуміння та вживання словесно-логічних конструкцій?

**Варіанти відповіді:**

1. моторна аферентна;
2. семантична;
3. динамічна;
4. акустико-мнестична.

**Завдання 13**

У чому полягає своєрідність афазії у дітей?

**Варіанти відповіді**

1. дитяча афазія вирізняється швидкою результативністю відновлювальної роботи;
2. для дітей не є характерними пухлини головного мозку як етіологічний фактор;
3. основною причиною виникнення дитячої афазії є родова асфіксія;
4. все перераховане вище.

**Завдання 14**

З метою корекції якої форми афазії використовують вправи з використанням профілів артикуляції, люстерка?

**Варіанти відповіді:**

1. моторна аферентна;
2. семантична;
3. динамічна;
4. акустико-мнестична.

**Завдання 15**

Які фактори обумовлюють дитячу афазію?

**Варіанти відповіді:**

1. травми, запальні процеси та пухлини головного мозку після початку формування мовлення;
2. атеросклероз, порушення мозкового кровообігу;
3. закупорка мозкових судин;
4. все назване вище.

**Завдання 16**

За якої форми афазії у корекційній роботі використовують вправи з пропущеними словами, в яких назви слів замінено картинками, що дозволяє пацієнтові спиратися на контекст; читання тексту та співвіднесення його з картинкою?

**Варіанти відповіді:**

1. моторна аферентна;
2. моторна еферентна;
3. динамічна;
4. акустико-мнестична;

**Завдання 17**

За що відповідають первинні зони другого функціонального блоку (за О. Лурією)?

**Варіанти відповіді:**

1. синтез відчуттів, забезпечення процесів сприймання, упізнавання, гнозису (слухового, зорового);
2. обробка інформації від складних функцій, перетворення її на відчуття;
3. забезпечують виконання складних функцій, у тому числі символічних: рахунку, письма, читання;
4. прийом інформації від аналізаторів, перетворення її на відчуття.

**Завдання 18**

Персеверації, що часто зустрічаються за наявності афазії, – це:

**Варіанти відповіді:**

1. вживання одних звуків і слів замість інших;
2. об’єднання двох слів в одне;
3. «застрягання» на мовленнєвому матеріалі, багаторазові повтори;
4. фрагменти мовлення, що їх пацієнт вживає у процесі висловлювання.

**Завдання 19**

Який центральний дефект при афферентной моторної афазії?

**Варіанти відповіді:**

а) порушення фонематичного слуху;

б) порушення вибору способів артикуляції;

в) порушення повторення і розуміння мови;

г) труднощі у називання слів.

**Завдання 20**

Порушення фонематичного слуху - це головний дефект:

**Варіанти відповідей:**

1. сенсорної афазії;
2. семантичної афазії;
3. акустико-мнестичної афазії;
4. динамічна афазія.

***ЗАВДАННЯ ДО САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ***

1. Складіть конспект «Механізми порушення за наявності афазії»
2. Складіть схему структури розладу під час афазії
3. Складіть таблицу «Порушення мовлення у пацієнтів із афазією»
4. Підготуйте конспекти статей:

* Глозман Ж.М. и др. Межязыковой анализ аграматизмов в спонтанной речи больных с моторной формой афазии. *Дефектология*.1988.№6. С. 30.
* Тищенко В. В. Класифікації порушень мовленнєвого розвитку: сучасний стан, протиріччя та шляхи їх усунення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 29. С. 112-118.
* Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров’я. *Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна.* Кам’янець-Подільський : ПП Мошинський В. С. 2006. № 6. С. 337-342.

***ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3.***

***ОСНОВНІ НАПРЯМИ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ПРИ АФАЗІЇ***

***3.1 ПРИНЦИПИ І ЗМІСТ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ПРИ МОТОРНИХ ФОРМАХ АФАЗІЇ***

***План***

1. Корекційно-педагогічна работа з подолання афазії.
2. Корекційно-педагогічна работа при аферентній моторній афазії.
3. Корекційно-педагогічна работа при еферентній моторній афазії.
4. Корекційно-педагогічна работа при динамичній афазії.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Корекційно-педагогічна работа з подолання афазії*** | Великий внесок у виділення принципів і прийомів подолання афазії зробили Е. Бейн, М. Бурлакова (Шохор-Троцька), Т. Візель, О. Лурія, Л. Цветкова.  У логопедичній роботі з подолання афазії |
| використовують загальні дидактичні принципи навчання (наочність, доступність, усвідомленість тощо), однак у зв’язку з тим, що відновлення мовленнєвих функцій відрізняється від формувального навчання, адже вищі коркові функції людини, котра вже вміє говорити й писати, організовано трохи інакше, ніж у дитини, яка тільки починає розмовляти, під час формування плану корекційно-педагогічної роботи слід дотримуватися таких правил:  1. Після завершення обстеження пацієнта, логопед визначає , яка ділянка другого чи третього «функціонального блоку» мозку пацієнта постраждала в результаті інсульту або травми, які ділянки мозку пацієнта збереглися: у більшості пацієнтів із афазією виявляються збереженими функції правої півкулі; за наявності афазій, що виникають в наслідок ураження скроневої чи тім’яної долі лівої півкулі, передовсім використовуються функції планування, формування та контролю, що містяться в лівій лобній долі і забезпечують дію принципу свідомості відновлювального навчання. Саме збереженість функцій правої півкулі та третього «функціонального блоку» лівої півкулі дозволяє виховати у пацієнта установку на відновлення порушеного мовлення. Тривалість логопедичних занять із пацієнтами під час усіх форм афазії становить два-три роки систематичних (в стаціонарі й амбулаторно) занять. Однак неможна інформувати пацієнта про такий тривалий термін відновлення функцій мовлення.  2. Добір прийомів корекційно-педагогічної роботи залежить від етапу, або стадії відновлення мовленнєвих функцій. Протягом перших днів після інсульту робота ведеться за відносно пасивної участі пацієнта в процесі відновлення мовлення. Використовують методики, що розгальмовують мовленнєві функції та запобігають на ранніх етапах відновлення появі таких мовленнєвих розладів, як аграматизм за типом «телеграфного стилю» під час еферентної моторної афазії та велика кількість літеральних парафазій під час аферентної моторної афазії. На більш пізніх етапах відновлення мовленнєвих функцій пацієнтові по’яснюють структуру та план занять, надають засоби, якими він може користуватися під час виконання завдань тощо  3. Корекційно-педагогічна система занять передбачає такий вибір прийомів роботи, що дозволив би або відновити первинно порушену передумову (за умови її неповної руйнації), або реорганізувати збережені ланки мовленнєвої функції. Наприклад, компенсаторний розвиток акустичного контролю під час аферентної моторної афазії ‒ це не просто заміщення порушеного кінестетичного контролю акустичним для відновлення письма, читання та розуміння, а розвиток збережених периферійно розташованих аналізаторних елементів, поступове накопичення можливості їх використання для діяльності пошкодженої функції. Під час сенсорної афазії процес відновлення фонематичного слуху відбувається шляхом використання збереженої оптичної, кінестетичної, а головне, змістової диференціації слів, близьких за звучанням.  4. Незалежно від того, яка первинна нейропсихологічна передумова виявляється порушеною, під час будь-якої форми афазії ведеться робота над усіма сторонами мовлення: над експресивним мовленням, розумінням, письмом і читанням.  5. Під час усіх форм афазії відновлюється комунікативна функція мовлення, розвивається самоконтроль. Лише під час розуміння пацієнтом характеру своїх помилок можна створити умови для його контролю за власним мовленням, за планом оповіді, за корекцією літеральних або вербальних парафазій тощо  6. Під час усіх форм афазії ведеться робота над відновленням словесних понять, їх залученням до різних словосполучень.  7. У роботі використовують розгорнуті зовнішні опори та поступову їх інтеріорізацію в міру перебудови й автоматизації порушеної функції. До таких опор належать (під час динамічної афазії) схеми речення та метод фішок, які дозволяють відновлювати самостійне розгорнуте висловлення, під час інших форм афазії ‒ схема вибору способів артикуляції за довільної організації артикуляторних укладів фонем, схеми, що використовують для подолання імпресивного аграматизму.  Теоретичною основою відновного навчання при афазії є сучасні уявлення в психології про вищі психічні функції як функціональні системи, їх системні і динамічні локалізації, про прижиттєве їх формування, їх суспільно-історичне походження опосередковану будову. На підставі цих теоретичних позицій психологами, фізіологами, неврологами і логопедами був розроблений і практично застосований шлях перебудови функціональних систем методом відновного навчання. Цей шлях має два напрямки в практичній роботі: 1-е – порушена ланка в психологічній структурі заміщається іншим; 2-е – створення нових функціональних систем, що включають в роботу нові ланки, які не брали раніше участь в нині порушеній функції.  Клінічна картина протікання афазії знаходить ряд симптомів, які можуть вказати на механізм порушення і можливу точку ураження мозку. Психологічна картина прояву дефекту дає можливість розкрити:  1) порушення психологічної структури мовлення;  2) які функції форми і види мовлення виявляються порушеними, а які збереженими при тій чи іншій формі афазії;  3) психологічні механізми порушення мовлення і способи подолання порушень. Нейропсихологічний аналіз порушень мовлення при афазії починається в діагностичній і реабілітаційній практиці з ретельного вивчення анамнезу захворювання, даних історії хвороби (неврологічний статус, дані ЕКГ, параклінічні методи обстеження хворих) і включає розгляд декількох аспектів, в яких може виступати дефект. Передусім аналізу підлягається клінічна картина порушення мовлення [13].  Завдання відновного навчання при афазії Л. Цвєтковою названі соціально-психологічним аспектом відновного навчання. Даний аспект передбачає комплексний вплив на мовлення, поведінку і всю психічну сферу в цілому.  Такий підхід вимагає рішення наступних завдань:  1) відновлення мовлення як психічної функції, а не пристосування особи з афазією до свого дефекту;  2) відновлення діяльності мовленнєвого спілкування, а не ізольованих сенсомоторних операцій мовлення;  3) відновлення, перш за все, комунікативної функції мовлення, а не окремих її сторін;  4) повернення особи з афазією в нормальні мовленнєві умови, а не в спрощені, тобто – повернення до професійної діяльності [14].  Виділяють два періоди в роботі з особами з афазією: гострий – до двох місяців після захворювання; резидуальний – після двох і далі. У гострий період основні завдання:  1) розгальмовування тимчасово пригноблених мовленнєвих структур;  2) запобігання виникненню та фіксації деяких симптомів афазії: аграматизму, літеральних парафазій, мовленнєвого ембола;  3) запобігання ставлення особи з афазією до себе як до неповноцінного, до людини, яка не може говорити. Основним завданням в резидуальний період є загальмування патологічних зв’язків.  Матеріал підбирається по його смисловій та емоційній значущості для особи з афазією, а не за ознакою легкості або важкості вимови. Для цього слід познайомитися з історією хвороби, поговорити з лікарем, родичами для виявлення схильностей, захоплень, інтересів. Можна використовувати звичні мовленнєві стереотипи – рахунок, дні тижня, місяці, емоційно значущі уривки віршів, домовляння ходових фраз, виразів. Згодом робота з близького для того, хто навчається матеріалу перекладається на питання спеціальності, професії.  Так як відновне навчання спрямоване насамперед на відновлення комунікативних здібностей, необхідне залучення в спілкування не тільки на заняттях, але і в родині, громадських місцях.  У комплексі відновлювальних заходів при афазії велике місце займає психотерапевтична робота. У більшості випадків афазія призводить до непрацездатності та соціальної дезадаптації: позбавлення звичних норм комунікації, ускладнює взаємини з сім’єю і суспільством. У початковий період після інсульту і нейротравми можуть бути стани як гострого переживання того, що сталося, так і недостатнє усвідомлення тяжкості захворювання. Згодом внутрішня картина патологічного стану зазнає певної еволюції.  У більшості випадків особи з афазією починають гостро переживати свої відчуття, що проявляється в невротичних реакціях вторинного характеру. Загострюються преморбідні риси особистості, іноді з’являються суїцидальні тенденції. При цьому психічні порушення можуть виникати на тлі як незначного відновлення мовлення та інших вищих психічних функцій, так і в тих випадках, коли відзначається позитивна клінічна динаміка. Сказане й обумовлене необхідність психотерапевтичного впливу на особистість з афазією [15].  Динаміка відновлення порушених мовленнєвих функцій залежить від місця та обсягу ділянки ураження, від форми афазії, термінів початку відновлювального навчання та преморбідного рівня пацієнта.  Під час афазій, що виникли внаслідок крововиливу в мозок, мовлення відновлюється краще, ніж під час тромбоемболії судин головного мозку чи значних травм мозку. Афазичні розлади у 5 - 6 річних дітей (у більшості випадків травматичного походження) вдається подолати швидше, ніж у школярів і дорослих.  Корекційно-педагогічна робота починається з найперших тижнів, але не днів від моменту настання інсульту чи травми, за дозволом лікаря й під його контролем. Ранній початок занять запобігає фіксації патологічних симптомів і спрямовує відновлення найбільш доцільним шляхом. Відновлення порушених психічних функцій можна досягти за умови тривалих логопедичних занять.  Під час афазії проводять індивідуальні та групові логопедичні заняття. Індивідуальна форма роботи вважається основною, оскільки саме вона забезпечує максимальний облік мовленнєвих особливостей пацієнта, тісний особистий контакт із ним, а також більшу можливість психотерапевтичного впливу. Тривалість кожного заняття на ранньому етапі після інсульту становить у середньому від 10 до 15 хвилин 2 рази на день, на пізніх етапах ‒ 30 ‒ 40 хвилин не рідше 3 разів на тиждень. Для групових занять (три ‒ пять осіб) із однотипними формами мовленнєвих розладів і відносно однаковою стадією відновлення мовлення час занять становить 45-50 хвилин.  Логопед мусить пояснити рідним особливості особистості пацієнта, пов’язані з рівнем тяжкості захворювання. На клнкретних прикладах пояснюють обов’язковість його посильної участі в житті родини. Дають інструкції для роботи з відновлення мовлення. | |
| ***Корекційно-педагогічна работа при аферентній моторній афазії*** | Корекційно ‒ педагогічна допомога з подолання аферентної моторної афазії спирається на залучення збереженого зорового й акустичного |
| контролю, а також контролюючої функції лобних відділів лівої півкулі у праворуких, що забезпечує комплексністьзорового та слухового аналізу мовленнєвого сигналу в процесі аудіювання та читання, контроль за оптичним синтезом видимих елементів артикуляторного укладу тощо.  Мотив взаємодопомоги має велике значення для групової інтеграції та стимуляції загальної і мовленнєвої активності хворих. Особливо виразно він проявляється при застосуванні емоційно-сенсорних ігор, колективної предметно-практичної та творчої діяльності, імітаційно-ситуативної діяльності. Їх реалізація дозволяє інтегрувати емоції та слова хворих з діями.  Застосування емоційно-сенсорних ігор у відновлювальному навчанні осіб з післяінсультною афазією базувалося на виділеному психологами і психофізіологами зв’язку між емоціями і рухами, на опосередкованому задіянні і відображенні емоційних переживань у ході здійснюваних дій, що отримав назву метода фізичної дії (за К. Станіславським). Запозичення зазначеного методу дає можливість керувати характером моторної ланки емоційного відгуку в тих випадках, коли необхідно зняти психом’язову напругу хворого, скутість у жестах, голосових реакціях, стимулювати прояви емоційних реакцій, а також заезпечує створення індивідуального малюнка емоціональної експресії, покращення психо-емоційного стану.  З цією метою нами застосовувалися:  1) ігри-знайомства;  2) ігри на увагу;  3) емоційно-розігріваючі ігри;  4) пальчикова гімнастика;  5) фізкультхвилинки з елементами самомасажу.  Окрім поставлених завдань, ці методи спрямовувалися за рахунок активізації кори головного мозку на покращення психічних та розумових процесів, зменшення контрактур, засвоєння необхідних рухів, виявлення певних емоцій тощо.  Спонукати до певних дій та вчинків можливо через емоції, які допомагають адаптуватися до ситуації, виховують вольові та комунікаційні здібності. Кожній емоції притаманне своє моторне оформлення, на якому відбивається будь-який її нюанс, отримуючи специфічний зовнішній індивідуально-особистісний вираз.  Емоції супроводжують спілкування й усі види діяльності людини, виконуючи регулюючу і охоронну функцію, зважаючи на що, у контексті дослідження вони розглядаються як показник загального стану хворого з афазією, його фізичного і психічного самопочуття, прихильності тощо.  Наступним, ефективним прийомом, що спирається на багатий досвід взаємодії людини з оточуючим світом і здатний стимулювати активність та відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану, стала спільна діяльність, а саме колективна творча діяльність та колективна предметно-практична діяльність. У відновленні мовленнєвого спілкування при афазії в осіб післяінсультного стану ми розглядаємо їх не як засіб працетерапії та творчого розвитку, а як окремі напрями нейрореабілітації, ефективні способи розгальмовування і стимулювання мовленнєвої діяльності, як сприятливі фактори нормалізації міжособистісних відносин і здобуття навичок, необхідних для реадаптації, а також підвищення самооцінки хворого і життєвого тонусу взагалі.  Загальними завданнями корекційно-педагогічної роботи за наявності аферентної моторної афазії є подолання порушень кінестетичного артикуляторного праксису, що забезпечує подолання аграфії, алексії, порушення розуміння мовлення, а потім і відновлення розгорнутого усного та письмового висловлення.  Прийоми роботи визначаються ступенем мовленнєвого розладу.  Під час яскраво вираженої аферентної моторної афазії на початковому етапі корекційно-педагогічної роботи завданнями відновлювального навчання є:  1) розгальмування або відновлення вимовної сторони мовлення;  2) подолання порушень розуміння;  3) відновлення аналітичного читання та письма; стимулювання елементарного ситуативного мовлення.  За середнього ступеня тяжкості завданнями корекційно-педагогічної роботи є:  1) закріплення артикуляційних навичок;  2) подолання літеральних парафазій;  3) стимулювання експресивного мовлення, подолання недоліків звуко-літерного аналізу складу слова та літеральних параграфій під час записування слів;  4) подолання експресивного й імпресивного аграматизму: розуміння значень і вживання прийменників, які передають просторові відношення предметів.  За легкого ступеня вираженості аферентної моторної афазії завданнями корекційно-педагогічної роботи є подолання залишкових артикуляторних труднощів під час вимовляння багатоскладових слів зі збігом приголосних, викорінення літеральних парафазій і параграфій, подолання елементів експресивного й імпресивного аграматизму.  Для розв’язання цих завдань під час яскраво вираженої аферентної моторної афазії використовують глобальне, синхронне вимовляння ‒ читання автоматизованих мовленнєвих рядів їх списування та читання мовчки, а потім зоровий диктант і читання вголос фраз на теми дня, читання та запис під диктовку окремих літер, складання з розрізної абетки слів із трьох ‒ п’яти літер, введення цих слів в активне мовлення.  За відносно збереженої здатності читати мовчки та певної збереженості писемного мовлення відбувається відновлення писемного мовлення під час складання фрази за сюжетними малюнками. Для подолання апраксії артикуляційного апарату використовують зорово-слуховий імітаційний прийом. Вся робота з методу імітації звуків виключає використання люстерка, зондів, шпателів, оскільки вони під час афазії збільшують ступінь довільності руху, погіршують артикуляційні труднощі пацієнтів. Перед викликом того чи іншого звука пацієнтові пропонують виконати немовленнєві рухи язика, губ, щік, м’якого піднебіння в змістовній, «ігровій» формі, що імітує ці рухи, тобто долається оральна апраксія. Виклик звуків починається з імітації доступних звуків, як правило, губних і передньоязикових.  Доцільно починати з виклику контрастних голосних фонем [*а*] та [*у*].Для їх диференціації логопед малює в зошиті пацієнта велике та менше коло чи широко та вузько розкриті губи й навчає його імітувати ці звуки, потім додає звуки [*м*] і [*в*].  Виклик звуків мусить підпорядковуватися таким умовам: неможна одночасно викликати звуки однієї артикуляторної групи звуки мають вводитися не до іменників у називному відмінку, а до слів і фраз, необхідних для спілкування *(так, ні, ось, буду, хочу тощо*).  Під час яскраво вираженої аферентної моторної афазії для швидшого переведення пацієнта від зорової імітації звука («читання з губ») до самостійного вимовляння звуків у процесі читання нескладних слів, використовують метод розстановки над літерами надрядкових знаків: [*а*] *‒* коло, що імітує широко розкритий рот; [*у*]*‒* вузьке коло; [*м*]*‒* зімкнуті губи, пізніше просто пряма лінія; [*і*] *‒* підборіддя у профіль; [*m*] *‒* стрілка зліва направо, що імітує напрямок руху язика в його міжзубній позиції; [*и*] *‒* розтягнений в усмішці рот; [*о*] *‒* вертикальний овал; [*в*]*‒* закушена нижня губа; [*з*] *‒* горизонтально розташований свисток, а пізніше дві паралельні лінії; [*е*]*‒* широко відкритий рот із язиком, що впирається в зуби; [*н*] *‒* малюнок крил носа в профіль;[*ш*] *‒* квадрат, що імітує нарочите вимовляння цього звука; [*к*] *‒* стрілка справа наліво, що показує напрямок руху язика вглиб рота; [*п*]*‒* дві зустрічні дужки, що імітують надуті щоки, та лінія між ними, що імітує стиснені й раптово розімкнені губи; [*л*]*‒* стрілка, спрямована знизу вгору; [*р*]*‒* хвиляста лінія; [*ц*] та [*ч*] *‒* передаються сполученням стрілки (*т*) і двох паралельних ліній (*с*) і квадрат *(ш);*йотовані голосні позначають сукупністю надрядкових знаків: *я = і + а; ю = і + у* тощо. Для визначення дзвінких приголосних [*б, д, г, ж, з, дж, дз*]використовуютьті самі надрядкові знаки, тільки зі знаком оклику над ними.  Використовувати надрядкові знаки за аферентної моторної афазії запропонував О. Лурія. Їх використання полегшує пацієнтові перехід від зорового сприйняття артикуляційного укладу звука, що вимовляється синхронно з логопедом, до читання найпростіших слів, потім фраз і текстів. Ця найважча форма афазії як у праворруких, так і у ліворуких успішно долається упродовж 2 *‒*3 років і в більшості випадків, за адекватної установки на значне відновлення артикуляційної сторони мовлення, пацієнти повертаються до активної праці. Логопед, аби не викликати в пацієнта депресії, не каже йому про такі тривалі строки відновлювального навчання.  З метою закріплення артикуляційних навичок під час засвоєння нових звуків логопед мусить багаторазово повторювати попередній матеріал, скорочуючи використання надрядкових знаків в міру подолання у пацієнта апраксії артикуляційного апарату. Для остаточного її подолання весь вивчений матеріал необхідно повторити два-три рази.  У міру подолання апраксії артикуляційного апарату переходять до синхронного та дзеркального вимовляння фраз щоденно-побутового характеру за малюнками, стимулюють самостійне мовлення пацієнта.  Відновлення ситуативного, розмовного мовлення є одним із першочергових завдань як початкового етапу корекційно-педагогічної роботи, так і за наявності середнього ступеня тяжкості аферентної моторної афазії.  Відновлені звуки вводять у слова та фрази, необхідні для спілкування *(добре, буду, завтра, сьогодні, вранці; у мене був лікар, я вже їв (пив)* тощо).  У міру виникнення ситуативного діалогічного мовлення починається й відновлення монологічного мовлення. Основною метою його відновлення є розширення словника пацієнта, запобігання появи аграматизмів, розвиток розгорнутого усного та писемного висловлення, підготовка до відновлення вільного діалогічного мовлення. Пацієнт оволодіває схемою прямого й інвертованого будування фрази за сюжетним малюнком, планом висловлення за серією сюжетних малюнків. У міру відновлення звуколітерного аналізу складу слова пацієнта переводять із усного складання фраз за малюнками до письмового, фіксованого досягнення пацієнта. Писемне мовлення виявляється опорою для відновлення усного висловлення.  На резидуальній стадії корекційно-педагогічної роботи, тобто якщо з пацієнтом упродовж тривалого часу не проводились логопедичні заняття, відновлення читання й письма починається з першого же заняття з подолання артикуляторних труднощів. Кожен звук (слово, фраза), що вимовляється, читається спочатку синхронно з логопедом, а потім самостійно. Велика роль у відновленні здатності до читання та письма відводиться зоровим диктантам окремих слів, словосполучень і коротких речень.  За яскраво вираженої аферентної моторної афазії для відновлення аналізу складу слова використовують розрізну абетку, вписування пропущених літер у слово та фразу.  Подолання яскраво виражених артикуляторних розладів під час аферентної моторної афазії є досить тривалим процесом (від 3 місяців до 1 року), однак залишкові явища порушення звуковимови наявні й тоді, коли пацієнт має аферентну моторну афазію середнього та легкого ступеня тяжкості.  За наявності аферентної моторної афазії середнього ступеня тяжкості основну увагу приділяють подоланню аграфії та аграматизму. Пацієнтові пропонують виконувати зорові та слухові диктанти, особливу увагу приділяють словам зі збігом приголосних, вписуванню складів, пропущених у слові та слів, яких бракує у реченні. Подоланню аграматизму сприяє використання схеми прийменників, схеми закінчень іменників (здебільшого в родовому та знахідному відмінках). Особливої уваги вимагає робота з прийменниками, що складаються з одного звука: «*в», та «з»,*оскільки вони «зливаються» зі словом, утворюючи додатковий збіг приголосних, і важко піддаються слуховому аналізу пацієнтів із аферентною моторною афазією.  За наявності легкої форми аферентної моторної афазії доводиться долати артикуляторні труднощі у вимовлянні африкатів, збігів приголосних, звука  [*р*]*,*закріплюється слуховий контроль пацієнта за своїм мовленням. Із метою подолання літеральних парафазій та аграматизму, поступово пришвидшують темп вимовляння прислів’їв і приказок, скоромовок, під час переказу прочитаного та в розповіді за серіями сюжетних малюнків, репродукціями картин художників, засвоюють професійну лексику пацієнта. Пацієнт пише тексти за серіями малюнків і листівок.  Відновлення розуміння. За наявності яскраво виражених порушень експресивного мовлення основну увагу приділяють відновленню фонематичного слуху, орієнтації у просторі, уточненню значення прийменників, прислівників, розумінню особових займенників у непрямих відмінках, антонімів, синонімів.  На більш пізніх етапах, коли можна спиратися на читання та письмо, відбувається подолання імпресивного аграматизму. | |
| ***Корекційно-педагогічна работа при еферентній моторній афазии*** | Основними завданнями корекційної -педагогічної роботи під час еферентної моторної афазії є подолання патологічної інертності в ланці породження складової структури слова, відновлення так званого відчуття мови, подолання |
| інертності вибору слів, аграматизму, відновлення структури усного та писемного висловлення, подолання алексії й аграфії.  За наявності «передньої» еферентної моторної та динамічної афазії робота спирається на збережену парадигматичну систему та на залучення ззовні логопедом програми та схеми мовленнєвого висловлення, починаючи з програмування й планування складової структури слова й закінчуючи відновленням планування фрази та тексту.  Саме залучені ззовні засоби, що програмують структуру слова та фрази (схеми, плани, програми), дозволяють подолати у пацієнтів із еферентною моторною афазією труднощі переключення від одного складу чи слова до іншого, відновити кінестетичну мелодику мовлення, подолати персеверації, ехолалії, труднощі поєднання складів, що формують слово, та слів, що формують фразу.  Подолання порушеної вимовної сторони мовлення під час еферентної моторної афазії починається з відновлення ритміко-складової схеми слова, його кінетичної мелодики.  За наявності яскраво вираженого порушення читання та письма робота починається зі злиття звуків у склади. Пацієнт, повторюючи склад, складає його з літер розрізної абетки. А потім із засвоєних складів формує просте слово типу «*ру-ка», «во-да», «мо-ло-ко»* з опорою на ритмічне плескання в долоні, яким супроводжується засвоєння складової структури слова, а також на схеми слова. Використовують роботу з автоматизації слів із певною ритмічною структурою: пропонують прочитати серії слів із тією самою складовою структурою, написаних у стовпчик. Поступово складова структура слова ускладнюється. Пацієнт синхронно з логопедом, а потім самостійно читає розділені на склади, що римуються, слова.  Одночасно з відновленням звукової та складової структури слова починається робота з відновлення розповідного мовлення.  Подолання порушень розповідного мовлення починається з відновлення так званого почуття мови, вловлювання співзвуч, рим у віршах, прислів’ях і приказках. Особливо корисно використовувати прислів’я та приказки з дієсловами, що римуються.  Під час відновлення експресивного мовлення особлива увагу приділяють подоланню патологічної інертності віднайдення потрібних слів для побудови висловлення. Обігруючи предметний малюнок, логопед ставить пацієнтові запитання про те, яке призначення має цей предмет, що зних можна чи потрібно робити, щоб, скажімо, його з’їсти (треба помити, обчистити, зварити тощо), якими є властивості цього предмета.  Під час еферентної моторної афазії подолання інертності вибору дієслова сприяє не лише фразеологічний контекст, але й виразна пантомімічна імітація логопедом рухів із предметами.  Пізніше пацієнтові дають завдання закінчити однотипну фразу за допомогою різних слів, наприклад:  «*я їм ... (картопляний суп, манну кашу, білий хліб* тощо)» чи «*я чекаю на ... (лікаря, товариша, дочку, дружину тощо*)». Попередньо логопед чітко вимовляє фрази за декількома малюнками, а потім стимулює їх вимовляння шляхом запитань із опорою на різні схеми речення.  Важливою складовою роботи з накопичення дієслівного словника є добір декількох дієслів до одного іменника чи кількох іменників до одного дієслова. Першими усними текстами, що їх вимовляють пацієнти за складеним логопедом плану, є розповіді про режим дня: «Я встав, умився, почистив зуби...» тощо. Профілактиці й подоланню прийменниково-флективного аграматизму слугують різні вправи на вписування пропущених флексій, а потім флексій і прийменників та, зрештою, дієслів і іменників у непрямих відмінках. Пацієнт навчається використовувати відновлений словниковий запас у бесідах із медичним персоналом, із родичами, пізніше засвоює лексику, необхідну для відвідування лікаря, крамниць, аптеки тощо.  Під час яскраво вираженої еферентної моторної афазії читання та письмо можуть бути в стані повного розпаду. У зв’язку з цим для пацієнтів розробляють індивідуальні абетки, в яких кожній літері відповідає певний малюнок або слово, значимі для пацієнта. Наприклад, А ‒  *абрикос, Б*‒ *бабуся, В*‒ *Вікно*тощо. Пізніше проводять роботу з складання слів із складів звичайної розрізної абетки.  Для відновлення плавного письма пацієнта навчають багаторазово писати лівою рукою спочатку окремі прописні літери, а потім слова та фрази. Корисно провести курс підготовчих прописних вправ, які запобігатимуть появі персеверацій елементів літер під час записування слів. На стадії часткового відновлення звуко-літерного аналізу складу слова від розрізної абетки переходять до записування слів і легких фраз під час слухових диктантів. При цьому пацієнт мусить промовляти кожне слово за звуками, іноді попередньо складати важкі слова з розрізної абетки.  Відновлення читання відбувається паралельно з відновленням звуко-літерного аналізу слів, але, безумовно, трохи його випереджаючи. Спочатку пацієнт за складами читає слова з різною складовою структурою, а потім уже найпростіші тексти.  На пізніх етапах відновлення звуко-літерного аналізу складу слова пацієнти розв’язують прості кросворди, складають короткі слова з літер багатоскладового слова, пишуть різного ступеня складності листи та твори, ведуть щоденник тощо  Подолання розладів розуміння мовлення відбувається шляхом виконання різних завдань на увагу, переключення від одного предмету на інший, завдань «провокаційного» характеру, коли логопед просить показати той предмет, якого немає серед тих, що лежать перед пацієнтом, співвіднести фразу з сюжетною картинкою.  У міру відновлення слухової уваги стимулюється показ картинок за завданням, при цьому пацієнта запитують не «де намальована ложка», а «покажіть ложку» чи «*покажіть те, чим їдять*», «*покладіть ложку на склянку*».  Логічний наголос при цьому має падати то на прийменник, то на іменник. За допомогою інтонації чи логічного наголосу логопед підкреслює перехід до інших видів завдань: поставте склянку, переверніть склянку догори дном тощо. | |
| ***Корекційно-педагогічна работа при динамичній афазії*** | Основним завданням корекційної роботи за динамічної афазії є подолання розладів внутрішнього мовленнєвого програмування.  За значно вираженої аспонтанності пацієнтові дають різні вправи на класифікацію |
| предметів за різними ознаками (меблі, одяг, посуд, круглі предмети, квадратні, дерев’яні, металеві); використовують пряму та зворотну порядкову лічбу, віднімання від 100 по 7, по 4 тощо.  Подолання розладів внутрішнього програмування відбувається шляхом створення для пацієнтів програм висловлення за допомогою різних зовнішніх опор (запитань, схеми речення, фішок), поступового скорочення їх кількості та подальшої інтеріорізації, згортанням цієї схеми «всередину». Пацієнт, переводячи вказівний палець від однієї фішки до іншої, поступово розгортає мовленнєве висловлення за сюжетною картинкою, а потім переходить до зорового відстежування за планом розгортання висловлення без синхронного рухового підкріплення та, зрештою, може впоратися зі складанням цих фраз без зовнішніх опор, користуючись лише внутрішньомовленнєвим плануванням висловлення.  Відновленню лінійного розгортання висловлення сприяє використання слів, які входять до запитання за сюжетною картинкою чи в запитання за відповідною ситуацією, обговорюваною на занятті. Наприклад, на запитання: «Куди ви сьогодні підете?» ‒ пацієнт відповідає: «Я піду до перукаря» або «Я піду на рентген» тощо, тобто він додає лише одне слово. Іншим прийомом відновлення структури висловлення є використання опорних слів, із яких пацієнт складає речення. Поступово кількість запропонованих слів для складання речення із 5 - 6 слів скорочується, пацієнт вільно, на свій розсуд, додає слова в потрібній граматичній формі.  Внаслідок того, що під час динамічної афазії порушується здебільшого здатність до складання не фрази, а текстів, в якості зовнішніх опор використовують серії послідовних малюнків, наприклад, серія малюнків про дитину, котра самостійно побудувала човен і вирушила в плавання, та про наслідки цього плавання, серії побутових малюнків художника X. Бидструпа.  Під час динамічної афазії долають мовленнєву інактивність, створюють умови для підвищення мовленнєвої ініціативи, для цього пацієнтові доручають усно передати кому-небудь те чи інше прохання логопеда тощо. Мовленнєва активність зростає у процесі створення спеціальних мовленнєвих ситуацій ‒інсценівок, в процесі яких ініціатива ведення діалогу переходить до пацієнта. Тему діалогу попередньо обговорюють із пацієнтом, йому дають запитальні, ключові слова та план, що їх він може використовувати в бесіді. На заняттях зі стимулювання мовленнєвої активності інсценують бесіди з лікарем, в крамниці, в аптеці, в гостях тощо пацієнт може бути ведучим у бесіді про творчість письменника, художника чи композитора, під час обговорення художнього твору, телепередачі тощо.  За наявності більш легких форм динамічної афазії пацієнтові дають завдання переказати текст спочатку за допомогою розгорнутого списку запитань, а потім за допомогою ключових запитань, що стосуються окремих абзаців тексту, потім із опорою на план. Паралельно пацієнт навчається складати самостійні плани до текстів, спочатку розгорнені, а потім короткі, згорнені, після чого, попередньо склавши план, він переказує текст, не зазираючи до нього. Таким чином, відбувається інтеріорізація плану під час переказування прочитаного.  За наявності яскраво вираженої динамічної афазії розуміння ситуативного мовлення відновлюється шляхом обговорення різних подій дня. А потім логопед знову перемикає увагу пацієнта на нову тему, наприклад, про те, хто його нещодавно відвідав.  Інтонаційно логопед виділяє предикат висловлення, привертаючи увагу пацієнта до того чи іншого фрагменту. Пізніше йому пропонують виконати як одноступінчасті, так і багатоступінчасті інструкції.  У міру виховання уважності пацієнта до мовлення оточуючих відновлюється і його розуміння, зменшуються труднощі переключуваності акустичного сприймання з однієї теми бесіди на іншу.  Паралельно з відновленням експресивного, усного мовлення ведеться робота з відновлення в текстах пропущених прийменників, дієслів, прислів’їв; для цього пацієнти письмово складають речення за опорними словами та відповіді на запитання до текстів, пишуть твори за серіями картинок, складають заяву, довіреність на отримання пенсії, листи до знайомих тощо.  Логопед у процесі індивідуальної та колективної роботи з пацієнтами з афазією модифікує наявні в арсеналі розладології Прийоми та методи корекційно-педагогічної роботи, збагачуючи їх своїм індивідуальним досвідом.  Багато в чому результати корекційно-педагогічної роботи залежать від наполегливості логопеда й пацієнта, які по суті є партнерами в досягненні спільної мети: максимального відновлення мовлення на тлі медикаментозного лікування.  Таким чиномпід час відновлення мовлення у пацієнтів із афазією необхідною є попередня немовленнєва робота з ними та використання обхідних шляхів для розв’язання завдань корекційно-педагогічної роботи.  У зв’язку з системним характером афазичних розладів логопедичну роботу ведуть над усіма сторонами мовлення з урахуванням специфіки порушення кожної мовленнєвої функції за наявності різних форм афазії.  У процесі відновлювального навчання під час афазії ставлять конкретну перспективну мету й роботу ведуть поетапно, у відповідності до індивідуальних особливостей та можливостей пацієнта.  Програми відновлення мовлення за різних форм афазії мають диференційований характер, але на ранньому етапі після інсульту за наявності низки форм афазії для подолання вторинно порушеної змістової сторони мовлення використовують близькі за характером методичні прийоми. Однією із важливих проблем афазіології є вивчення варіантів різних форм афазії. Вони вимагають подальшого дослідження з метою розробки та модифікації прийомів відновлювального навчання. | |
| **Контрольні запитання**   1. Розкрийте особливості порушення розуміння усного мовлення, читання та письма під час динамічної афазії. 2. Розкрийте первинно порушену передумову під час еферентної моторної афазії. 3. Поясніть, у чому полягає специфіка аферентної моторної афазії? 4. Порівняйте аферентну та еферентну моторну афазію. 5. Охарактеризуйте динамічну афазію. 6. Розкрийте основні положення корекційно-педагогічної роботи під час афазії. 7. Покажіть специфіку корекційно-педагогічної роботи під час різних форм афазії. | |

**Рекомендована література**

1. Бадер В.І. Взаємозв’язок у розвитку усного і писемного мовлення молодших школярів: автореф. дис... на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук: спец. 13.00.02; Нац. пед. ун-т ім. М.П.Драгоманова. Київ, 2004. 36 с.
2. Базима Н. В. Застосування заохочень для підвищення мотивації до мовленнєвої діяльності. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 27. С. 13-17.
3. Бейн Э.С. Э. С. Пособие по восстановлению речи у больных с афазией. Москва: Книга по Требованию, 2012. 334 с.
4. Винославська О. В., Бреусенко-Кузнєцов О. А., Зливков В. Л. Психологія : навч. посіб. Київ: ІНКОС, 2009. 390 с.
5. Данько Р. В. Динаміка мовних порушень в процесі реабілітації післяінсультних хворих : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 «Нервові хвороби»; Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. Харків, 2007. 20 с.
6. Лянна О. В. Взаємозв’язок корекційно-педагогічної діяльності та фізичної реабілітації при відновленні мови у хворих з афазією. *Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб.: Вип. 8. Т. ІІ.* Запоріжжя : Вид-во ХНРБЦ, 2006. С. 203-206.
7. Мартиненко І. В. Логопсихологія: курс лекцій : навчальний посібник. Київ : ДІА. 2014. 100 с.
8. Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. / М. К. Шеремет, О. В. Боряк. Суми: ФОП Цьома С. П., 2016. 252 с.
9. Основи етики спілкування з особами з інвалідністю: Навчально-методичний посібник / За ред. акад. В. М. Синьова. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 150 с.
10. Савицький А.М. Корекція мовленнєво-рухової діяльності у дошкільників з дитячою афазією: дис… канд. наук: 13.00.03 –Корекційна педагогіка. Київ, 2009.
11. Тищенко В. В. Класифікації порушень мовленнєвого розвитку: сучасний стан, протиріччя та шляхи їх усунення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 29. С. 112-118.
12. Фомічова Л. І. Мова, мовлення та когнітивні процеси на ранніх етапах корекційного впливу. *Актуальні питання сурдопедагогіки: зб. наук. пр. НПУ імені М. П. Драгоманова*. Київ: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова. 2003. С.196-208.
13. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник. Київ: КНТ, 2006. 380 с.
14. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров’я. *Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна.* Кам’янець-Подільський : ПП Мошинський В. С. 2006. № 6. С. 337-342.
15. Шеремет М. К., Загурська Г. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови. *Педагогіка та методики: спеціальні: збірник наукових статей НПУ імені М. П. Драгоманова.* Київ, 2001. № 1. С. 183-192.
16. Шеремет М. К. Логопедія. Підручник. Київ: Слово. 2014. 672 с.

***3.2 ПРИНЦИПИ І ЗМІСТ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ПРИ СЕНСОРНИХ ФОРМАХ АФАЗІЇ***

***План***

1. Корекційно-педагогічна работа при сенсорній акустико-гностичній афазії
2. Корекційно-педагогічна работа при сенсорній акустико-мнестичній афазії
3. Корекційно-педагогічна работа при семантичній афазії

|  |  |
| --- | --- |
| ***Корекційно – педагогічна робота при сенсорній акустико-гностичній афазії*** | Під час акустико – гностичної сенсорної та акустико-мнестичної афазії спостерігається підвищена працездатність пацієнта й активне прагнення до подолання мовленнєвих розладів.  При цьому у нього може спостерігатися стан депресії, у зв’язку з чим логопед мусить постійно |
| його підбадьорювати, давати лише посильні для виконання домашні завдання, інформувати лікаря про пригнічений або збуджений стан пацієнта.  Під час акустико-гностичної сенсорної афазії основним завданням корекційно-педагогічної роботи є відновлення фонематичного слуху та вторинно порушених експресивного мовлення, читання, письма.  Логопед спирається на збережену аналізаторну оптичну та кінестетичну систему, а також на збережені функції лобних долей, що в комплексі створюють передумови до компенсаторної перебудови порушених акустико-гностичних функцій.  Відновлення фонематичного сприймання на ранньому та резидуальному етапах проводится за єдиним планом, із тією різницею, що на ранньому етапі порушення фонематичного сприймання буває більш вираженим.  В особливо важких випадках сенсорної афазії на ранньому етапі відновлення використовують немовленнєві форми роботи, метою яких є налагодження контакту з пацієнтом, пояснення самого факту захворювання, організація навчальної діяльності (виконання посильних завдань), концентрація уваги. На цьому етапі використовують списування коротких слів, що додаються до малюнків та розв’язання простих арифметичних прикладів. як правило, пацієнт охоче береться за списування, але утримує у зоровій пам’яті лише першу літеру слова, а потім пише серію літер, що не належать до слова, яке він списує. Пацієнтові показують його помилки, пропонують списувати слово за літерами, розміщуючи їх у окремих клітинках. У процесі виконання цих завдань з’являється частково усвідомлення самого факту свого захворювання , пацієнт, як правило, важко його переживає, а надалі акуратно виконує усі завдання логопеда. Етап немовленнєвого періоду роботи з пацієнтом може тривати декілька днів.  Робота з відновлення фонематичного сприймання складається з таких етапів: перший етап ‒ диференціація слів, контрастних за довжиною, звуковим і ритмічним малюнком *(кран*‒ *лопата, дуб* ‒ [*велосипед*](http://pedlib.ru/Books/2/0049/2_0049-421.shtml)*, кіт*‒ автомобіль*).*  До кожної пари слів добирають картинки, а на окремих смугах паперу пишуть чітким почерком слова. Пацієнт співвідносить звуковий образ слова з малюнком і підписом, Йому пропонують вибрати то одну, то іншу картинку, розкласти підписи до відповідних малюнків, а потім ‒ малюнки до підписів.  Паралельно з цією роботою починається закріплення сприймання звучання окремих слів у процесі їх списування, промовляння слова під час списування та розвитку слухового контролю. Для цього беруть короткі слова, що складаються з одного-двох складів. Розвиток акустичної уваги пацієнта починається з «оживлення» оптичної уваги.  Другий етап ‒ диференціація слів із близькою складовою структурою, але далеких за звучанням, особливо в кореневій частині слова: «*риба*‒ *ноги, паркан*‒ музика*, кавун*‒ сокира»*.*Робота ведется з опорою на картинки, підписи до них, списування, читання; розвивають акустичний контроль за власним мовленням.  Третій етап ‒ диференціація слів із близькою складовою структурою, але з далекими за звучанням початковими звуками *(рак*‒ *мак, рука*‒ *мука);* зізагальнимпершим звуком і різними кінцевими звуками *(клюв*‒ *ключ, нічь*‒ *ніс, кіт*‒ *кінь).*Пацієнтові пропонують вибрати слова, що починаються з того чи іншого звука, спираючись на предметні картинки та підписи до них.  Четвертий етап ‒ диференціація фонем, близьких за звучанням  *(сад*‒ *зад, сам*‒ *сім*).  Для закріплення однозначного сприймання фонем використовують різні варіанти вправи на заповнення в слові та фразі пропущених літер, слів із опозиційними звуками, значення яких уточнюють уже не через малюнок, а через фразеологічний контекст. Наприклад, пацієнтові пропонують вставити в текст слова «*туш, душ, тіло, діло» тощо*.  П’ятий етап ‒ закріплення акустичних диференційних ознак фонем під час добору серій слів на задану літеру з текстів.  Відновлення фонематичного сприймання триває від 2 місяців до 1-1,5 року, оскільки у багатьох випадках розуміння значення слова відбувається лише в контексті і труднощі диференціювання близьких фонем іще довго відчуваються під час самостійного письмового викладу думок.  Крім цього, ведеться робота з відновлення розуміння смислової приналежності слова. Це відбувається через різні фразеологічні контексти: показати всі зображені на картинках гострі предмети, всі дерев’яні, металеві чи скляні, те, що належить до посуду, до знарядь праці, до взуття тощо. Така робота, спрямована на «оживлення» різних смислових зв’язків слова, полегшує пацієнтові вибір слів у процесі спілкування, знижує кількість вербальних парафазій.  Найбільші труднощі подолання порушень мовлення спостерігаються за одночасної наявності у пацієнта акустичної агнозії та акустико ***–***гностичної афазії, що відбувається під час двостороннього ураження скроневих зон. Відновлення мовлення за цього варіанту афазії спирається на збережене читання мовчки, читання з губ і залишкові можливості слухового сприймання, що дозволяють співвіднести прочитану, зорово сприйняту артикуляторну позицію звука, здатність його імітованого повторення зі сприйнятим на слух звуковим сигналом.  Подолання вербальних парафазій відбувається шляхом обговорення різних ознак предметів і дій за їх суміжністю та контрастністю, за функцією, приналежністю до якогось класу чи розряду, за категоріальною ознакою. Пацієнтові пропонують заповнити пропущені дієслова та іменники, дібрати іменники та прислівники до дієслова, прикметники та дієслова до іменника тощо. Далеко не завжди треба виправляти пацієнта під час його висловлення, це може його травмувати, викликати у нього роздратування, порушити контакт із ним.  Логопед записує вербальні парафазії у своєму щоденнику та на основі їх аналізу добирає серію вправ для їх подолання.  Для подолання багатослівності й аграматизму пацієнтові пропонують схему речення, зразки прямих і інвертованих речень із трьох ‒ п’яти слів.  Одним із ефективних прийомів відновлення експресивного мовлення за наявності сенсорної афазії (як і за інших форм афазії) є використання писемного мовлення. Пацієнтові пропонують писати фрази та тексти за простими сюжетними малюнками. Ця робота дозволяє йому віднайти потрібне слово, «відшліфувати» висловлення. Подолання помилок узгодження дієслів, іменників і займенників у роді та числі відбувається шляхом підстановки пропущених у тексті флексій.  Відновлення читання, письма та писемного мовлення ведеться паралельно з подоланням порушення фонематичного слуху. Відновленню письма передує відновлення читання, що відбувається з опорою на звуко-літерний аналіз складу слова. Спроби вимовляння читаного слова усвідомлення того, що від змішання звуків змінюється сенс слова, створює базу для відновлення аналітичного читання, а потім і письма. | |
| ***Корекційно-педагогічна робота при  акустико-мнестичній афазії*** | Основними завданнями корекційно ***–***педагогічної роботи під час акустико ***–*** мнестичної афазії є подолання порушень слухомовленнєвої пам’яті, відновлення зорових уявлень про істотні ознаки предмету, а також подолання амнестичних труднощів і елементів експресивного аграматизму. |
| Під час нейропсихологічного обстеження уточнюють варіант акустико –мнестичної афазії. Потім складають програму корекційно-педагогічної роботи.  У подоланні мовленнєвих розладів за наявності акустико-мнестичної афазії логопед використовує механізм кодування задуму мовленнєвого висловлення, опису ознак предмету, введення слова у різні контексти, складання зовнішніх опор, які дозволяють пацієнтові утримувати різний обсяг слухомовленнєвого навантаження.  Відновлення слухомовленнєвої пам’яті відбувається з опорою на зорове сприймання. Перед пацієнтом викладають серію предметних малюнків, різних за змістовими взаємозв’язками, та дають завдання вибрати з них 2 – 3 – 4 предмета. У зв’язку з тим що в мовленні слова завжди пов’язані задумом висловлення, то спочатку серед «випадково» дібраних малюнків із зображенням, наприклад, зайця, тарілки, столу, рушниці, лісу тощо, йому пропонують показати предмети, що їх можна «вписати» в ту чи іншу ситуацію. Наприклад, пропонують показати виделку, стіл, огірок або ліс, мисливця, зайця тощо. Потім уже дають слова, що не належать до одного семантичного поля.  На наступній стадії відновлення слухомовленнєвої пам’яті предметні малюнки дають у вигляді стосика. Пацієнт, прослухавши серію назв предметів, знаходить їх зображення та відкладає у бік. Цим можна досягти певної часової відтермінованості виконання інструкції. Потім пацієнтові пропонують повторити серію слів, уже опрацьованих на попередніх заняттях, не користуючись допомогою картинок. Спочатку для запам’ятовування даються слова, що означають предмети, потім дії та якості предметів і, зрештою, числа, об’єднані в номери телефонів. Паралельно з цим проводять слухові диктанти фраз, що складаються з двох, трьох, чотирьох слів, з опорою на сюжетну картинку, а пізніше без неї.  За другого варіанту акустико-мнестичної афазії для відновлення зорових уявлень рекомендовано проводити низку вправ, що містять аналіз близьких за структурою та формою предметів, але що відрізняються 1-2 ознаками (наприклад, чашка, чайник, цукорниця; шафа, холодильник, сервант), у яких зміна чи відсутність однієї з деталей змінює функцію предмету, його зміст і позначення. Пацієнтові дають завдання сконструювати предмети з елементів, знайти помилки в зображенні предметів (наприклад, зображення півня без хвоста, кота ‒ з довгими вухами тощо), пацієнтові пропонують домалювати предмет так, аби його зображення стало цілісним, описати його властивості та функції, впізнати предмет, наполовину прихований аркушем, за його частиною тощо.  Подолання відчуження сенсу складних за складовою структурою слів відбувається шляхом їх поскладового прослуховування та повторення.  Труднощі віднайдення потрібного слова, як і за наявності акустико-гностичної афазії, долають шляхом розширення, а іноді й звуження змістових меж слова, тобто шляхом уточнення та систематизації їх значень. Для цього слово «обігрують» у різних фразеологічних контекстах, ведуть роботу з розуміння багатозначності слова, наприклад, слів «*ручка, ключ, машина, коса, пісок, перо», з* уточнення сенсу синонімів, антонімів і омонімів.  Відновлення здатності до письмового висловлення є однією із форм закріплення досягнутих результатів подолання амнестичних розладів. Збереженість розуміння звуко-літерного складу слова та значна збереженість фонематичного слуху дозволяють із найперших днів корекційно-педагогічної роботи використовувати складання письмових текстів, що допомагає подоланню збідненості словникового запасу та характерного для «задніх» форм афазії аграматизмів.  Порушення узгодження в роді та числі головних членів речення долають шляхом заміни іменників на займенники та займенників на іменники, складання фраз за опорними словами, вмінням закінчувати речення, вставити пропущені прийменники та флексії іменників. | |
| ***Корекційно-педагогічна робота***  ***при семантичній***  ***афазії*** | Основними завданнями логопедичної роботи під час семантичної афазії є: подолання труднощів віднайдення назв предметів, розширення лексичного та синтаксичного складу мовлення пацієнтів, подолання імпресивного аграматизму. |
| Корекційно-педагогічна допомога з подолання семантичної афазії спирається на контроль усіх збережених аналізаторних систем (зір, слухомовленнєву пам’ять), а головне, на функції планування та регулювання лобних відділів головного мозку, на збережену лінійну організацію усного мовлення.  У зв’язку з тим, що в основі мовленнєвих розладів під час семантичної афазії перебуває порушення симультанного просторового гнозису, відновлювальне навчання за цієї форми афазії починається з розвитку конструктивно-просторової діяльності. Для цього бувають необхідні вправи з зорового аналізу геометричних фігур, орнаментів, що складаються з елементів, що їх можна реконструювати за наочним зразком і за інструкцією, відновленні зорієнтованості пацієнта в лівому та правому, в частинах світу, на географічній мапі. Конструктивно-просторову апраксію долають шляхом навчання плану членування орнаменту чи малюнка на певні сегменти та виконання завдання за планом (наприклад, спочатку нижній «поверх», потім другий, третій і т. п. чи спочатку перший стовпчик зліва, потім другий і т. п.).  Для подолання амнестичних труднощів необхідне зіставлення різних змістових зв’язків слів за ознаками, що утворюють різні семантичні поля. Так, наприклад, аналізуються ті ознаки предметів, які їх об’єднують у видові категорії (професія, меблі, одяг тощо), і водночас визначається спільність слів за їх кореневою частиною *(садівник, сад, посадки), за* суфіксальними та префіксальними ознаками *(письменник, садівник, каламар, лікар).*Ведется робота з опису відмінностей і спільностей синонімів, антонімів, омонімів, використання в писемному мовленні якісних означень предметів, складносурядних і складнопідрядних речень (із різними сполучними словами), підрядна частина яких стоїть на початку, середині чи кінці речення та належить до різних членів головного речення.  Подолання імпресивного аграматизму починається з уточнення значень окремих прийменників і прислівників, засвоєння схеми прийменників із переміщенням точки (предмету) довкола намальованого столу, будинку, склянки.  Пацієнтові пропонують багаторазово описувати розташування центрального предмета по відношенню до предметів, розташованим від нього зліва та справа (пізніше над і під ним). Середній із трьох предметів, схематично зображених у зошиті пацієнта (наприклад, ялинку, будиночок, чашку), обводять колом, біля нього чи над ним ставлять знак питання, стрілками позначають план опису розташування предметів. Пацієнт складає фрази типу: «ялин*ка намальована справа від будиночка і зліва від чашки» чи «будиночок намальований зліва від чашки та справа від ялинки».*Пізніше також описують розташування трьох предметів із прийменниками: *над*‒ *під, з прислівниками: вище* ‒ *нижче, далі*‒ *ближче, світліше* ‒ *темніше* тощо. Попереднє опрацювання цих схем експресивного мовлення готує базу для розуміння логіко-граматичних конструкцій на слух під час читання.  За тією самою методикою порівняння та опису паличок різної висоти (наприклад, Т і В ‒ *Соломія вища за Тетяну і нижча від Вадима),*довжини, тобто шляхом залучення збереженого експресивного, синтагматично організованого мовлення, засвоюються порівняльні та інвертовані логіко-граматичні конструкції типу: *Соломія вища за Олену і нижча від Тетяни; до Києва Полтава ближча, ніж Харків, й* вирішується хто більше та менше за всіх, що розташоване далі чи ближче. Тільки після того, як пацієнт почне вільно та самостійно виокремлювати центральний, середній предмет і вільно описувати розташування порівнюваних предметів, йому дають завдання на декорування ним самим щойно складених завдань. Переключення пацієнта зі словесного опису позицій взаєморозташованих предметів на їх схематичне зображення, тобто на виконання складеного ним логіко-граматичного завдання, приводить до засвоєння плану розв’язання інших подібних завдань.  Для подолання акалькулії проводять уточнення розрядів, із яких складається число (десятки, сотні, тисячі тощо), закріплюють значення синонімів:  *мінус*‒ *віднімання, плюс* ‒ додавання*.*Пацієнтам пропонують виконати дії у межах одного-двох десятків, а потім у межах сотні та тисячі. Особливе місце в процесі подолання розладів операцій лічби посідає розв’язання арифметичних задач на 2 – 3 – 4 дії зі вживанням прислівників *«більше, менше» та* дієслів «від*няти, додати, відправити, вивантажити»*, тобто дієслів із префіксами, що передають просторові взаємодії дії та предметів.  Подолання «оптичної» алексії відбувається шляхом усного опису пацієнтом елементів кожної літери, конструювання літер із елементів (різного розміру картонних або пластикових паличок і овалів), читання (називання) літер після визначення їх елементів, читання слова крізь «віконце» в аркуші, покладеному зверху (квадратний отвір у картонній смужці), крізь «віконце», що відкриває кілька літер, читання рядка з лінійкою, що затуляє нижні рядки тексту.  «Дзеркальну», або конструктивно-просторову, аграфію долають шляхом відновлення орієнтованості пацієнтів у лівій і правій стороні, в різних варіантах розташування предметів (наприклад, *чашка стоїть на дні, чашку перевернуто догори дном тощо*), списування (перемальовування) пацієнтом окремих літер або слів із фіксацією кольоровим олівцем лівої сторони аркуша й напрямку (стрілкою), звідки слід починати запис серії літер чи елементів, із визначення того, в який бік «дивиться» літера. | |

|  |
| --- |
| **Контрольні запитання**  1. Поясніть особливості порушення розуміння усного мовлення, читання та письма під час акустико-гностичної сенсорної афазії.  2. Розкрийте первинно порушену передумову за наявності акустико-мнестичної афазії.  3. У чому полягає специфіка семантичної афазії?  4. Порівняйте акустико-гностичну сенсорну та акустико-мнестичну афазію.  5. Охарактеризуйте акустико-гностичну сенсорну афазію.  6. Розкрийте основні положення корекційно-педагогічної роботи під час афазії.  7. Поясніть специфіку корекційно-педагогічної роботи за наявності різних форм афазії. |

**Список використаної літератури**

1. Бадер В.І. Взаємозв’язок у розвитку усного і писемного мовлення молодших школярів: автореф. дис... на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук: спец. 13.00.02; Нац. пед. ун-т ім. М.П.Драгоманова. Київ, 2004. 36 с.
2. Базима Н. В. Застосування заохочень для підвищення мотивації до мовленнєвої діяльності. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 27. С. 13-17.
3. Бейн Э.С. Пособие по восстановлению речи у больных с афазией. Москва: Книга по требованию, 2012. 334 с.
4. Винославська О. В., Бреусенко-Кузнєцов О. А., Зливков В. Л. Психологія : навч. посіб. Київ: ІНКОС, 2009. 390 с.
5. Данько Р. В. Динаміка мовних порушень в процесі реабілітації післяінсультних хворих : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 «Нервові хвороби»; Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. Харків, 2007. 20 с.
6. Лянна О. В. Взаємозв’язок корекційно-педагогічної діяльності та фізичної реабілітації при відновленні мови у хворих з афазією. *Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб.: Вип. 8. Т. ІІ.* Запоріжжя : Вид-во ХНРБЦ, 2006. С. 203-206.
7. Мартиненко І. В. Логопсихологія: курс лекцій : навчальний посібник. Київ : ДІА. 2014. 100 с.
8. Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. / М. К. Шеремет, О.В. Боряк. Суми: ФОП Цьома С. П., 2016. 252 с.
9. Основи етики спілкування з особами з інвалідністю: Навчально-методичний посібник / За ред. акад. В. М. Синьова. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 150 с.
10. Савицький А.М. Корекція мовленнєво-рухової діяльності у дошкільників з дитячою афазією: дис… канд. наук: 13.00.03 –Корекційна педагогіка. Київ, 2009.
11. Тищенко В. В. Класифікації порушень мовленнєвого розвитку: сучасний стан, протиріччя та шляхи їх усунення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 29. С. 112-118.
12. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров’я. *Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна.* Кам’янець-Подільський : ПП Мошинський В. С. 2006. № 6. С. 337-342.
13. Шеремет М. К., Загурська Г. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови. *Педагогіка та методики: спеціальні: збірник наукових статей НПУ імені М. П. Драгоманова.* Київ, 2001. № 1. С. 183-192.
14. Шеремет М. К. Особливості формування вищої форми передачі інформації. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Актуальні проблеми логопедії*. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. № 18. С. 291-293.
15. Шеремет М. К. Логопедія. Підручник. Київ: Слово. 2014. 672 с.

***TЕСТОВІ ЗАВДАННЯ З ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ***

**Завдання 1**

Метою групових занять під час відновлення мовлення у пацієнтів із афазією є:

**Варіанти відповідей:**

1. відновлення особистого та соціального статусу;
2. відновлення мовлення;
3. формування ВПФ;
4. все перераховане вище.

**Завдання 2**

Що слугує матеріальною базою для перебудови порушеної аналізаторної системи:

**Варіанти відповідей:**

1. міжаналізаторні зв’язки;
2. міжпівкульна взаємодія;
3. збережені функціональні системи;
4. все перераховане вище.

**Завдання 3**

Головним завданням обучения під акустико-гностиченої афазії є:

**Варіанти відповідей:**

1. відновлення зорових предметних образів;
2. відновлення процесу звукорозрізнення;
3. відновлення здатності до програмування висловлення;
4. відновлення вербальних форм комунікації.

**Завдання 4**

Під час аферентної моторної афазії основним завданням корекційно-педагогічної роботи є:

**Варіанти відповідей:**

1. подолання порушень кінестетичного гнозису та праксису;
2. подолання патологічної інертності у ланці породження звукової та складової структури;
3. відновлення граматичного структурування;
4. відновленне предикативности речи.

**Завдання 5**

Завдання відновлення процесу розпізнавання предмету під час акустико-мнестичної афазії реалізується за допомогою:

**Варіанти відповідей:**

1. перемальовування предмета;
2. малювання за словом;
3. домальовування істотних ознак предмета;
4. використання опорних сигналів.

**Завдання 6**

Відновлення розуміння метафор, гумористичних оповідань, прислів’їв є завданням корекційної роботи під час:

**Варіанти відповідей:**

1. акустико-мнестичної афазії;
2. семантичної афазії;
3. динамічної афазії;
4. оптичної афазії.

**Завдання 7**

За якої форми афазії під час корекції характерними є вправи з використанням профілів артикуляції, люстерка?

**Варіанти відповідей:**

1. моторна аферентна;
2. семантична;
3. динамічна;
4. акустико-мнестична.

**Завдання 8**

Розлад плавного перемикання з одної артикуляції на іншу в серійній організації мовлення спостерігається під час такої форми афазії:

**Варіанти відповідей:**

1. еферентній;
2. аферентній;
3. сенсорній;
4. динамічній.

**Завдання 9**

Процеси психологічного внутрішньомовленнєвого програмування висловлювання порушуються за наявності такої форми афазії:

**Варіанти відповідей:**

1. динамічній;
2. акустико-гностичній;
3. акустико-мнестичній;
4. семантичній.

**Завдання 10**

Який рівень породження мовленнєвого висловлювання порушений під час динамічної афазії:

**Варіанти відповідей:**

1. програмування висловлювання;
2. сенсомоторний;
3. мотиваційний;
4. реалізації мовленнєвого висловлення.

**Завдання 11**

Який вид усного мовлення залишається найбільш збереженим під час динамічної афазії:

**Варіанти відповідей:**

1. повторюване;
2. продуктивне;
3. спонтанне;
4. монологічне.

**Завдання 12**

Ураження яких відділів кори мозку спричинюють аферентну форму афазії:

**Варіанти відповідей:**

1. нижньотім’яних;
2. лобових;
3. скроневих;
4. потиличних.

**Завдання 13**

Головним симптомом порушення мовлення під час аферентної афазії є:

**Варіанти відповідей:**

1. порушення позицій органів артикуляції під час вимови звуків;
2. порушення здатності до перемикання від однієї серії артикуляторних рухів до іншої;
3. програмування;
4. фонематичне сприйняття.

**Завдання 14**

Механізм порушення за наявності акустико-мнестичної форми афазії полягає у:

**Варіанти відповідей:**

1. порушенні оперативної слухомовленнєвої пам'яті;
2. порушенні фонематичного сприйняття;
3. порушенні програмування висловлення;
4. порушенні внутрішнього мовлення.

**Завдання 15**

Назвіть форму афазії, за якої первинно порушуються фонематичні процеси:

**Варіанти відповідей:**

1. акустико-гностична;
2. аферентна моторна;
3. еферентна моторна;
4. семантична.

**Завдання 16**

Розлади просторового сприйняття та симультанних синтезів перебувають в основі афазії:

**Варіанти відповідей:**

1. семантичної;
2. акустико-мнестичної;
3. сенсорної;
4. еферентної моторної;

**Завдання 17**

Метою корекції аферентної моторної афазії є:

**Варіанти відповідей:**

1. подолання апраксії артикуляційного апарату;
2. відновлення звуко-складової структури;
3. відновлення письма та лічби;
4. відновлення акустико-гностичних процесів.

**Завдання 18**

Головним завданням відновлювального навчання під час семантичної афазії є:

**Варіанти відповідей:**

1. подолання розладів просторового гнозису;
2. відновлення міжаналізаторних зв’язків;
3. розширенне обсягу слухомовленнєвої пам’яті;
4. формування правильних артикулем.

**Завдання 19**

Якою мовою мають проводитися корекційніе заняття у поліглотів?

**Варіанти відповідей:**

1. спорідненою мовою;
2. рідною мовою, навіть якщо пацієнт уже давно нею не говорить;
3. мовою, що нею послуговуються в родині пацієнта;
4. мовою, що є для пацієнта основною робочою.

**Завдання 20**

Основною метою корекції динамічної афазії є:

**Варіанти відповідей:**

1. відновлення активного фразового мовлення;
2. формування предикативного словника;
3. розгальмування мовлення;
4. подолання ехолалій і персеверацій у мовленні.

**Завдання 21**

Головним механізмом порушення під час акустико-мнестичної афазії є:

**Варіанти відповідей:**

1. порушення реалізації моторної програми;
2. зниження обсягу слухомовленнєвої пам’яті;
3. порушення оптико-просторових відношень;
4. порушення вищих форм акустичного аналізу та синтезу.

**Завдання 22**

Ведучим у корекційній роботі за наявності еферентної моторної афазії є:

**Варіанти відповідей:**

1. подолання інертності добору слів;
2. подолання аграматизму;
3. відновлення структури усного та писемного висловлення ;
4. подолання патологічної інертності в ланці породження складової структури слова.

**Завдання 23**

Під час афферентної моторної афазії відновлення аналізу складу слова відбувається за рахунок використання в корекційній роботі:

**Варіанти відповідей:**

1. кроссвордів;
2. фішок;
3. розрізної абетки;
4. складових таблиць.

**Завдання 24**

Феномен «дограматичного письма» на пізніх стадіях відновлення мовлення спостерігається за наявності:

**Варіанти відповідей:**

1. парціальних форм моторних афазій у ліворуких;
2. гностичних форм афазій у ліворуких;
3. всіх форм афазій;
4. динамічної афазії у праворуких.

**Завдання 25**

Необхідним розділом обстеження під час афазії є:

**Варіанти відповідей:**

1. дослідження міжособистісних стосунків;
2. вивчення коефіцієнту інтелекту;
3. вивчення самооцінки та рівня домагань;
4. виявлення ліворукості.

**Завдання 26**

Основним завданням відновлювальної роботи під час всіх форм афазії є:

**Варіанти відповідей:**

1. номінативна функція мовлення;
2. комунікативна функція мовлення;
3. планувальна функція мовлення;
4. емоційна функція мовлення.

**Завдання 27**

**Варіанти відповідей:**

Яка головна задача відновного навчання при семантичної афазії?

1. подолати дефекти зорових образів і уявлень;
2. відновити слухоречевого пам’ять;
3. подолати інертність при породженні звуковий і складової структури слова;
4. відновити здатність розуміти і формулювати логіко-граматичні конструкції.

**Завдання 28**

За всіх форм афазії ведеться робота над:

**Варіанти відповідей:**

1. відновленням словесних понять;
2. оральними апраксіями;
3. фонематичними процесами;
4. звуколітерним аналізом і синтезом.

**Завдання 29**

Найбільш ефективною формою роботи під час корекції афазії є:

**Варіанти відповідей:**

1. групові заняття;
2. підгрупові заняття;
3. індивідуальні заняття;
4. ефективність роботи не залежить від форми занять.

***ЗАВДАННЯ ДO САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ***

1. Заповніть таблицю «Динаміка відновлення мовленнєвої функції на різних етапах відновлювального навчання».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Форма афазії** | **Етап відновлювального навчання** | | |
| **Перший етап** | **Другий етап** | **Третій етап** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Заповнить таблицю «Механізм ураження при різних формах афазії».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Форма афазії** | **Локалізація очага ураження** | **Центральний механізм ураження** | **Центральний дефект** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Зробіть схему «Взаємодія спеціалістів у процесі нейропсихологічної реабілітації пацієнтів з афазією».
2. Заповніть таблицю «Організація відновлювального навчання під час афазії».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Етап роботи** | **Форми роботи** | **Методи та прийоми** | **Засоби** |
| Перший етап |  |  |  |
| Другий етап |  |  |  |
| Третій етап |  |  |  |

1. Законспектуйте статті:
2. Тищенко В. В. Класифікації порушень мовленнєвого розвитку: сучасний стан, протиріччя та шляхи їх усунення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* 2016. Вип. 29. С. 112-118.
3. Браткова М.В., Закрепина А.В. Использование коррекционно-педагогических технологий в комплексной реабилитации детей и подростков, перенесших черепно-мозговую травму. *Дефектология* 2006. № 6. С.74-78.
4. Обуховская А.Ю. Использование методов арттерапии в коррекционно-восстановительной работе при афазии у детей и подростков *Практическая психология и логопедия*. 2006 № 2 С. 66-70.
5. Підготуйте тези до обговорення основних положень концепції внутрішнього мовлення у Л. Виготського.
6. Проаналізуйте аферентну і еферентну моторну афазію. Визначіть у чому схожість і відмінності за наступними крітеріями: центральний механізм порушення, центральний дефект, експресивне мовлення, імпресивне мовлення, письмове мовлення, немовленнєва симптоматика. Отримані дані занесить у таблицю.

**«Порівняльний аналіз аферентної і еферентної моторної афазії»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Аспект** | **Аферентна**  **моторна афазія** | **Еферентна**  **моторна афазія** |
| Центральний механізм порушення |  |  |
| Центральний дефект |  |  |
| Експресивне мовлення |  |  |
| Імпресивне мовлення |  |  |
| Письмове мовлення |  |  |
| Немовленнєва симптоматика |  |  |

1. Заповнить таблицю «Механізм порушення при сенсорних формах афазії.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Форма афазії** | **Очаг ураження** | **Центральний механізм** | **Центральний дефект** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Охарактеризуйте стан мовленнєвої функції при сенсорних формах афазії. Результати відобразить у таблиці:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Форма афазії** | **Імпресивне мовлення** | **Експресивне мовлення** | **Письмове мовлення** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Проаналізуйте прояв акустико-гностичної афазії у праворуких, ліворуких і при двобічному ураженні вісочних ділянок мозку. Використовуйте матеріали з джерела Шохор-Троцкой М. К. Речь и афазия. – М., 2001.
2. Заповнить таблицю «Специфіка мнестичних процесів при акустико-мнестичній афазії».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ретроактивне гальмування** | **Проактивне**  **гальмування** | **Словесна**  **ремінісценція** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК**

**Абілітація соціально-психологічна дітей і підлітків** ‒ формування особистості з такими властивостями, що дають змогу не лише інтегруватися у трудову діяльність, але й налагодити продуктивні стосунки з іншими людьми.

**Агнозія** ‒ порушення процесів сприймання та впізнавання за умови збереженої чуттєвості й свідомості. Розрізняють агнозію зорову, слухову, тактильну тощо.

**Аграфія** (дисграфія) ‒ неможливість (аграфія), або часткове специфічне порушення процесу письма (дисграфія).

**Адаптація** (лат. adaptare ‒ пристосовувати) ‒ пристосування фізичне і психічне до умов мінливого середовища з метою досягнення гомеостазу, сталості внутрішнього середовища, що забезпечує виживання. Є різні способи тлумачення цього терміна: 1) в еволюційній теорії ‒ будь-яка зміна структури і поводження, необхідна для виживання; 2) у соціології ‒ зміни, необхідні для самозбереження в новому суспільному оточенні; 3) у психофізіології ‒ зміна чутливості аналізаторів.

**Алалія** ‒ брак або недорозвинення мовлення при збереженому слухові й первинно збереженому інтелекті. Алалія виникав у домовленнєвий період життя людини внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку.

**Алексія** (дислексія) ‒ неможливість (алексія), або часткове специфічне порушення процесу читання (дислексія) у зв’язку з ураженням кори головного мозку.

**Амнезія** ‒ порушення пам’яті.

**Анамнез** ‒ детальні відомості про умови виникнення і перебігу хвороби, історію розвитку дитини на всіх етапах її життя. За змістом анамнез поділяється на медичний, психолого-педагогічний і соціально-психологічний тощо.

**Аналізатор** ‒ це складний, функціонально єдиний нейронний ансамбль, що служить для розкладання (аналізу) зовнішніх або внутрішніх подразників на окремі елементи. Він починається рецептором на периферії й закінчується в корі великого мозку.

**Аномальний розвиток** ‒ значне відхилення від умовно-вікових норм фізичного та психічного розвитку, спричинене значними вродженими або набутими дефектами, що, у свою чергу, зумовлює потребу спеціальних умов виховання, навчання, життєдіяльності.

**Асинхронія** ‒ нерівномірний, диспропорційний психічний розвиток, що порушує закони гетерохронії.

**Афазія**‒ повна або часткова втрата мовлення, зумовлена локальними ураженнями головного мозку.

**Брока центр (зона)** ‒ центр моторного мовлення, розташований у задній частині нижньої лобної звивини лівої півкулі.

**Вербальний** ‒ словесний. У психології цей термін використовується для означення знакового матеріалу, а також процесів оперування ним. Може бути усвідомленим (ряди слів, частини текстів тощо) та неусвідомленим (групи звуків, складів тощо). Вербальному матеріалові протиставляється невербальний ‒ геометричні фігури, малюнки, предмети тощо.

**Вищі психічні функції** ‒ складні системні психічні процеси (свідомі форми психічної діяльності), що відбуваються під час розвитку людини під впливом суспільства, пов’язані з уживанням знаків, що забезпечують пластичність й адаптивність поводження.

**Внутрішня картина мовленнєвого дефекту** ‒ механізм психічної адаптації, що виявляється усвідомлено або несвідомо, у відповідь на виникнення мовленнєвого дефекту; до його складу входять сенситивний, емоційний, раціональний і вольовий компоненти.

**Внутрішня картина хвороби (ВКХ).** Відповідно до визначення P. Лурія, це «все те, що випробовує та переживає хворий, усі його відчуття його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, її причини ‒ весь той величезний світ хворого, що складається з дуже складних поєднань сприйняття і відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм».

**Гіпотеза**(грец. *hypothesis* ‒ припущення) ‒ наукове припущення, висунуте з метою пояснення якого-небудь явища, для підтвердження потребує перевірки дослідним шляхом, щоб стати достовірною науковою теорією.

**Госпіталізм**‒ зумовлені хронічною недостатністю спілкування тимчасові зміни психічного стану й поведінки дитини, що симптоматично подібні до виявів аутизму.

**Дезадаптація** ‒ порушення у процесі пристосування живого організму до дії факторів навколишнього і внутрішнього середовища.

**Депривація** ‒ психічний стан людини, що є результатом тривалого обмеження задовольнення основних потреб, необхідних для повноцінного життя і розвитку. Наслідком депривації в дитячому віці є виявлені відхилення в емоційному, інтелектуальному, соціальному розвитку.

**Дефект** ‒ фізичний або психічний недолік, що зумовлює порушення в нормальному розвитку дитини.

**Дефектологія** (від лат. *defectus* ‒ недолік і грец. *logos* ‒ учення) ‒ наука про психофізіологічні особливості розвитку дітей із порушеннями психічного, фізичного і/або розумового розвитку; про закономірності їх навчання, виховання, освіти.

**Дефект-центризм** ‒ підхід до випробуваного (клієнта) як до носія певного симптому або синдрому, що протиставляється ціннісному й цілісному підходу до особистості, системи її стосунків.

**Дизонтогенез** у широкому розумінні ‒ індивідуальний розвиток, що не збігається з умовно прийнятою нормою; психічний дизонтогенез ‒ порушення розвитку психіки загалом та її окремих складових зокрема, а також стійке порушення співвідношення темпів і термінів розвитку окремих психічних сфер і різних компонентів усередині них.

**Дисоціація** ‒ порушення взаємозв’язку психічних процесів.

**Дисфорія** ‒ настрій, що характеризується роздратованістю, озлобленістю, похмурістю, підвищеною чутливістю до дій оточення зі схильністю до спалахів агресії, Дисфорія притаманна при органічних захворюваннях головного мозку, епілепсії, деяких формах психопатій.

**Дисфункція** ‒ порушення функцій будь-якого органа або системи, переважно якісного характеру.

**Діагностика** (від грец. *diagnostikos* ‒ здатний розпізнавати) ‒ 1) розділ медицини, в якому вивчається сутність, методи, послідовні ступені розпізнавання хвороби; 2) процес розпізнавання хвороби й оцінювання індивідуальних біологічних і соціальних відмінностей суб’єкта, що полягає в цілеспрямованому медичному обстеженні, трактуванні отриманих результатів та їх узагальненні у вигляді діагнозу.

**Діагностика психічного розвитку** ‒ визначення індивідуально-психологічних особливостей особистості з метою оцінювання їх стану і прогнозування подальшого розвитку.

**Екзогенний** ‒ зовнішнього походження, той, що зумовлений зовнішніми причинами (біологічними та соціальними).

**Ендогенний** ‒ внутрішнього походження, той, що зумовлений внутрішніми причинами.

**Етіологія** (від грец. attia ‒ причина, logos ‒ вчення) ‒ учення про причини й умови виникнення хвороби, недуги, патологічного стану.

**Життєва сфера** ‒ певний аспект життя, відносно незалежний від інших. Як окремі сфери розрізняють сімейне, шкільне життя, сферу міжособистісних стосунків. Для особистості найважливішими є ті сфери, в яких вона самореалізується, досягає успіху (сфери підтримки), і, навпаки, ті сфери, коли особистість почувається найменш впевненою (сфери психологічного навантаження).

**Затримка мовленнєвого розвитку** (ЗMP) ‒ гальмування темпу, коли рівень мовленнєвого розвитку не відповідає вікові дитини.

**Затримка психічного розвитку** (ЗПР) ‒ тимчасове відставання розвитку психіки загалом або окремих її функцій конституціонального, соматогенного, психогенного, церебрально-органічного походження.

**Звуконаповненість** *–* кількість й порядок звуків усередині кожного складу.

**Здібності** ‒ своєрідні властивості людини, її інтелекту, що виявляються у навчальній, трудовій, науковій діяльності. Від здібностей залежить рівень оволодіння знаннями, вміннями та навичками.

**Зона потенціального (найближчого) розвитку** – приховані можливості у психологічному саморозвиткові дитини, що виявляються за умови надання їй мінімальної підказки чи цілеспрямованої зовнішньої допомоги; визначається змістом тих завдань, які дитина ще не може вирішити самостійно, але здатна вирішувати за допомогою дорослого, оскільки те, що виконується дитиною під керівництвом дорослого, потім стає її власним надбанням. Цей термін увів Л. Виготський.

**Інтерації** – збільшення кількості складів за рахунок додавання складотворної голосної посеред збігу приголосних

**Інтеріоризація** (лат. *interior* ‒ внутрішній) ‒ формування внутрішніх структур людської психіки шляхом засвоєння структур зовнішньої соціальної діяльності.

**Катамнез** ‒ сукупність даних, отриманих після закінчення курсу лікування або психолого-педагогічної роботи з дитиною.

**Кваліфікація дефекту (симптому)** ‒ якісний аналіз, вивчення структури порушення, визначення фактора (первинного дефекту), що спричинив виникнення цього симптому.

**Комбінований мовленнєвий дефект** ‒ поєднання двох або більше мовленнєвих патологій.

**Компенсація порушення (дефекту)** ‒ відновлення, вирівнювання, розвиток порушених або недосформованих функцій; перебудова збережених функцій з метою заміни ушкоджених; створення у процесі навчання і виховання тих способів діяльності й поведінки, що сприяють соціальній адаптації й інтеграції.

**Корекція** (лат. *correctio* ‒ виправлення) ‒ виправлення порушень, повернення до норми психічних властивостей, що відхилилися від неї.

**Корекція порушень мовлення** ‒ виправлення, усунення, подолання недоліків мовлення.

**Латентний** ‒ прихований, який зовнішньо не виявляється (патологічний процес), початок захворювання.

**Лексикон** ‒ словник, запас слів, яким володіє людина.

**Механізм порушення мовлення** ‒ відхилення у процесах та операціях, що забезпечують виникнення і розвиток мовленнєвої діяльності.

**Мова** ‒ система знаків, яка є засобом спілкування, мисленнєвої діяльності, передачі інформації від покоління до покоління та її зберігання. Мовні одиниці (фонеми, морфеми, лексеми, словосполучення, речення) та зв'язки між ними утворюють складну органічну структуру мовної системи.

**Мовленнєва діяльність** ‒ специфічна форма психічної діяльності людини, що забезпечує розуміння мовлення оточення і власні висловлювання. Це активний, цілеспрямований, мотивований (як будь-яка довільна дія) предметний (змістовний) процес висловлення і прийому сформованої та сформульованої за допомогою мови думки, інформації, спрямованої на задоволення комунікативно-пізнавальної потреби людини у процесі спілкування. Мова та мовлення є двома ланками мовленнєвої діяльності.

**Мовлення** ‒ це оволодіння та застосування особистістю певної мови в процесі її спілкування з іншими людьми, тобто в процесі мовленнєвої діяльності. Мовлення ‒ діяльність спілкування за допомогою мови. Це мова в дії.

**Мутизм** (від грец. *mutua* ‒ німий) ‒ припинення мовленнєвого спілкування внаслідок тяжкої психічної травми. Мутизм має тимчасовий характер і належить до групи невротичних реакцій.

**Невроз** ‒ зворотне порушення психічної діяльності. Розрізняють три його основні форми: неврастенія, істерія, невроз нав'язливих станів.

**Невропатія**‒ стан підвищеної збудливості нервової системи у поєднанні з підвищеною виснажливістю.

**Негативізм** ‒ протидія вимогам, або немотивована відмова від контактів.

**Норма**(від лат. *norma* ‒ керівне начало, правило, зразок) ‒ 1) узаконене встановлення, визнаний обов’язковим порядок, устрій чого-небудь; 2) встановлена міра, величина чого-небудь.

**Онтогенез** (від грец. *ontos* ‒ єство, *genesis* ‒ походження) ‒ процес розвитку індивідуального організму, тобто сукупність послідовних морфологічних, фізіологічних та біохімічних перетворень організму від його зародження до кінця життя.

**Онтогенез дитячого мовлення** ‒ розвиток мовлення дитини в різні вікові періоди.

**Операції мислення** ‒ перехід від фактів до розкриття їх сутності; узагальнення висновків відбувається за допомогою розумових і практичних дій.

**Розумові дії** ‒ це дії об'єктів, що відображаються в образах, уявленнях і поняттях про них; дії по думки за допомогою мислення. Розумові дії забезпечуються такими операціями мислення, як порівняння, аналіз, синтез, абстрагування, узагальнення, конкретизація, класифікація та систематизація.

**Особистість** ‒ людина як суспільний, соціалізований індивід. Особистістю не народжуються, вона формується у процесі набуття соціально-культурного досвіду. Фактором, що консолідує особистість, е утворення уявлення про себе як самостійну частину суспільства, усвідомлення власного Я, що вперше виникає майже у три роки і завершується офіційним визнанням суспільства у вигляді різних громадянських прав (видача паспорта, право голосування, право на шлюб). Людина, яка стає особистістю, має певний рівень психічного розвитку, у зв’язку з чим вона здатна керувати власною поведінкою, діяльністю. Особистість характеризується спрямованістю, характером, здібностями й темпераментом.

**Пам’ять**‒ процеси організації та збереження людиною її попереднього досвіду. Це необхідна умова психічного розвитку людини. Основними процесами пам’яті є: запам’ятовування, зберігання, відтворення і забування. Залежно від матеріалу, що запам’ятовується, розрізняють образну, словесно-логічну, емоційну, рухову пам’ять тощо. За тривалістю утримання матеріалу пам’ять може бути короткочасною, довготривалою, оперативною.

**Парадигматика** ‒ розгляд одиниць мови як сукупності структурних одиниць, звязаних відношеннями протиставлення, включення їх у ряди «по вертикалі» ‒ стовпчики (відмінкові форми одного відмінюваного слова, форми дієслова, корінь слова у різних афіксальних оточеннях, ряд звуків, що позиційно чергуються).

**Парціальний** ‒ частковий, належить до окремих частин.

**Патогенез** (від грец. *pathos* ‒ страждання, хвороба, *genesis* ‒ походження) 1) учення про загальні закономірності розвитку, перебігу та кінця хвороби; 2) механізм розвитку конкретної хвороби, потологічного процесу або стану.

**Патогенез порушень мовлення** ‒ розділ патології, в якому досліджуються механізми виникнення і розвитку порушень мовленнєвої діяльності.

**Патологія** ‒ наука, що вивчає закономірності виникнення і розвитку хвороб, окремих патологічних процесів і станів.

**Персеверація** ‒ нав'язливе повторення одних і тих самих попередніх рухів, слів, фраз, образів, думок. Розрізняють моторну, сенсорну й інтелектуальну персеверацію.

**Постнатальний**‒ післяпологовий, післяродовий.

**Потреба**‒ стан організму особистості, соціальної групи, суспільства в цілому, який залежить від об'єктивних умов їх існування і розвитку. Потреби класифікують за походженням як природні (біологічні) та культурні; за предметом ‒ матеріальні та духовні. Виховання потреб, властивих гуманній, високодуховній людині, є одним із основних завдань формування особистості в сучасних умовах.

**Працездатність**‒ здатність індивіда виконувати цілеспрямовану діяльність за заданим рівнем ефективності протягом певного часу. Розрізняють максимальну, оптимальну та знижену працездатність.

**Психіка** (від грец. *psuchikos* ‒ душевний, *psuche* ‒ душа) ‒ форма активного відображення суб'єктом об’єктивної реальності. У психіці представлені й упорядковані події минулого, теперішнього та можливого майбутнього. На рівні людини події минулого відображаються у пам’яті, теперішнього ‒ у сукупності образів, переживань, розумових дій, майбутнього ‒ у намаганнях, потягах, бажаннях, мріях, фантазіях тощо.

**Психічні процеси** ‒ окремі вияви психічної діяльності людини, які умовно можуть бути самостійними об’єктами досліджень (відчуття, сприймання, мислення тощо).

**Психічні явища** ‒ будь-який вид психічної діяльності людини.

**Психічні якості** ‒ індивідуальні особливості психіки людини, певне її ставлення до дійсності й відповідно до форми поведінки, що мають стійкий характер (див. інтерес, здібності, темперамент, характер).

**Реабілітація** ‒ 1) відновлення у правах; 2) відновлення доброго імені, репутації; 3) відновлення або компенсація порушених функцій організму та працездатності хворих й інвалідів. Тобто це повернення хворого до нормального життя в межах його психофізичних можливостей. Реабілітація ‒ комплексна, багатоетап-насистема медичних, соціально-психологічних, педагогічних заходів, спрямованих на усунення чи пом’якшення вад розвитку дітей-інвалідів і дітей з обмеженими фізичними та розумовими можливостями, інтеграцію в соціум, залучення до громадського життя і праці.

**Реабілітація психічна** (лат. *rehabilitation* ‒ відновлення) ‒ відновлення втрачених психічних здібностей особистості; у деяких випадках відновлення вихідного стану.

**Ригідність** (від лат. *rigidus* ‒ жорсткий, твердий) у психології ‒ недостатність пластичності або повна неспроможність, нездатність корегувати програму власної діяльності відповідно до вимог ситуації. Розрізняють: 1)когнітивну ригідність, що характеризується труднощами перебудови сприймання і уявлень у новій ситуації; 2) афективну, для якої властива скутість афективних, емоційних відгуків на нові об’єкти емоцій; 3) мотиваційну, яка виявляється у зв’язку з труднощами за необхідності перебудови системи мотивів в умовах, що потребують гнучкості та змін поведінки.

**Розгальмованість** ‒ процес, який виявляється у надмірній рухливості, метушливості, незібраності, непосидючості дитини. Психомоторна розгальмованість часто поєднується з нестійкістю уваги, відволіканням, підвищеною виснажливістю, імпульсивністю. Розгальмованість особливо характерна для дошкільного та молодшого шкільного віку, спостерігається у дітей з різними проявами інфантилізму, затримкою психомоторного розвитку, загальним психічним недорозвитком тощо.

**Сензитивний період** ‒етап найінтенсивнішого розвитку певних психічних функцій, оптимальний для засвоєння відповідних видів діяльності. У дефектології вивчаються оптимальні терміни педагогічного впливу з метою досягнення найефективнішого корекційного ефекту.

**Сенсорний** ( від лат.*sensus* –почуття, відчуття) – чуттєвий, пов’язанийіз відображенням дійсності за допомогою відчуттів і сприймань.

**Симптом** ‒ характерний вияв, ознака психічних або органічних порушень і захворювань, що свідчать про зміни нормального функціонування організму або психіки.

**Симультанний синтез** ‒ одночасне охоплення всіх значеннєвих компонентів висловлювання

**Синтагматика** ‒ розгляд одиниць мови, що полягає в послідовному поділі тексту на менші суміжні одиниці, включення їх у ряди «по горизонталі» (слово в межах висловлювання, морфема в межах слова, звук у межах звукосполучення).

**Синдром** – комплекс симптомів хвороби, повязаних однаковим походженням.

**Складова структура слова** *–* це кількість та порядок складів у слові.

**Складний дефект** – поєднання двіх або більше дефектів розвитку, що є не лише сумою дефектів, а й зумовлюють якісно своєрідну структуру психічного дефекту.

**Соціалізація** – процес, за допомогою якого індивід здобуває знання, цінності, соціальні навички та соціальну чутливість, що дає йому змогу інтегруватися у суспільство і поводитися у ньому адаптовано.

**Структура дефекту** – психічний синдром, що складається з первинного синдромоутворювального симптому (фактора) і вторинних, які виникають унаслідок взаємозалежності і елементів психічної системи.

**Структура мовленнєвого дефекту** – сукупність мовленнєвих і надмовленнєвих симптомів у їх зв’язку.

**Сукцесивний аналіз та синтез** ‒ це послідовний механізм організації діяльності кори головного мозку, який локалізується у лобній зоні.

**Фонематичне сприймання** – це здатність розрізняти фонеми і визначати звуковий склад слова.

**Фонематичний слух**є частиною фізіологічного слуху, спрямований на співвіднесення і зіставлення звуків, які дитина чує з їхніми еталонами, що зберігаються в пам'яті людини впорядковано – в «решітці фонем».

**ПІСЛЯМОВА**

Отже, у навчально-методичному посібнику нами було розглянуто сутність, особливості фонематичних порушень у структурі афазії у дітей дошкільного та шкільного віку, які мають наслідки інсульту, черепно-мозкових травм та інфекцій .

На основі аналізу психолого-педагогічної та спеціальної літератури нами зроблено короткий огляд сучасних уявлень про порушення мови при локально-органічних ураженнях головного мозку, розкрито актуальні проблеми розробки адаптованих прийомів, технік і вправ для надання спеціальної психокорекційної допомоги особам з афазіями внаслідок уражень головного мозку, зокрема особам з афазіями.

Вважаємо, що саме на сучасному етапі здобувачам освіти необхідно вміти використовувати знання про напрями корекційно-реабілітаційної роботи з відновлення та рухливості органів артикуляції, розвитку сили, точності, координованості їхніх рухів, а також тонких диференційованих рухів кисті й пальців руки та органів артикуляції. Також майбутні фахівці повинні знати послідовність корекційної роботи з відновлення та розвитку різних сторін мовлення (фонологічної, лексичної, граматичної), різних видів мовлення (імпресивного та експресивного), зв’язного мовлення (діалогічного та монологічного), а також окремі аспекти підготовки дитини до оволодіння новою для неї писемною формою мовлення (письмом та читанням).

Таким чином, оволодіння здобувачам освіти методиками діагностування та корекційно-відновлювальної роботи з афазії потребує від фахівця з логопедії різнобічної ґрунтовної підготовки з медицини, психології, лінгвістики, педагогіки тощо. Засвоєння теоретичних знань, та вміння використовувати їх на практиці (добір системи завдань та наочно-дидактичного матеріалу до логопедичних занять та обстеження дитини, диференціація подібних за проявом мовленнєвих порушень первинного та вторинного характеру тощо). Отже грунтовні знання здобувачів освіти цілісно бачити форми порушень та знаходити її оптимальне рішення.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Андросова В. М. Використання інноваційних технологій в роботі з дітьми-логопатами старшого дошкільного віку для корекції вад звуковимови *Розкажіть онуку*. 2004. № 10-11.
2. Артемова Л.В. «Театр і гра». Вдома, у дитячому садку, в школі. Київ: Томіріс, 2002. 291 с.
3. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамічної афазии. Москва: Теревинф, 2015. 145 c.
4. Бадер В.І. Взаємозв’язок у розвитку усного і писемного мовлення молодших школярів: автореф. дис... на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук: спец. 13.00.02; Нац. пед. ун-т ім. М.П.Драгоманова. Київ, 2004. 36 с.
5. Базима Н. В. Застосування заохочень для підвищення мотивації до мовленнєвої діяльності. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 27. С. 13-17.
6. Бейн Э.С. Э. С. Пособие по восстановлению речи у больных с афазией. Москва: Книга по Требованию, 2012. 334 с.
7. Винославська О. В., Бреусенко-Кузнєцов О. А., Зливков В. Л. Психологія : навч. посіб. Київ: ІНКОС, 2009. 390 с.
8. Данько Р. В. Динаміка мовних порушень в процесі реабілітації післяінсультних хворих : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 «Нервові хвороби»; Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. Харків, 2007. 20 с.
9. Долинська Л. В., Мельничук О. Б., Ісаєвич С. І. Основи психодіагностики. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2002. 56 с.
10. Зайцев И. С. Афазия. Учебно-методическое пособие. Минск: БГПУ им. Максима Танка, 2006.
11. Зарицька А. В. До проблеми відновлення комунікативної функції при моторній афазії внаслідок інсульту. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* 2013. Вип. 23. С. 80-83. Режим доступу: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2013_23_26>.
12. Зарицька А. В. Дослідження мовленнєвої симптоматики при еферентній моторній афазії. *Логопедія,* 2013. № 3. С. 36-41. Режим доступу: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/logoped_2013_3_8>.
13. Кайдалова Л. Г., Пляка Л. В. Психологія спілкування : навчальний посібник. Харків : НФаУ, 2011. 132 с.
14. Козинець О. В. Хапайло О. О. До проблеми вивчення  
    психологічних особливостей особистості хворих на афазію. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова. 2013. № 23. С. 335-340.
15. Козляковський П. А. Загальна психологія: навч. посібник: у 2 т. Миколаїв: Вид-во МДГУ ім. П. Могили, 2004. 240 с.
16. Концепція спеціальної освіти осіб з особливостями психофізичного розвитку в найближчі роки та на перспективу / За ред. В.І. Бондаря, Л.С. Вавіної. Київ, 1996. 36 с.
17. Крутій К.Л. Теорія і практика формування граматично правильного мовлення в дітей дошкільного віку. Автореф. дис. д-ра пед. наук. К., 2005. 44с.
18. Левчук Т. О. Особливості функціональної асиметрії кори головного мозку у хворих з моторною афазією. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*, 2011. № 8. С. 224-229. Режим доступу: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/apnvlop_2011_8_28>
19. Литвиненко Н.В., Дельва М.Ю., Дельва І.І., Саник О.В., Мороз О.П. Залежність перебігу та наслідків ішемічних інсультів від строків госпіталізації. *Тези наукового симпозіуму та Пленуму науково-практичного товариства з міжнародною участю «Індикатори якості надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги».* Чернівці, 2010. С. 89.
20. Логопсихологія: навчальний посібник. Київ: Знання, 2010. 293с.
21. Лянна О. В. Аналіз сучасних напрямів і методів відновлення  
    мовлення при афазії у осіб післяінсультного стану. *Науково-методичний журнал «Логопедія».* 2016. № 8. С. 34-41.
22. Лянна О. В. Взаємозв’язок корекційно-педагогічної діяльності та фізичної реабілітації при відновленні мови у хворих з афазією. *Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб.: Вип. 8. Т. ІІ.* Запоріжжя : Вид-во ХНРБЦ, 2006. С. 203-206.
23. Манько Н. В. До питання формування мовленнєвої функції у процесі нормального онтогенезу. *Психолого-педагогічні та соціальні аспекти шкільної дезадаптації на початковому етапі шкільного навчання : Матеріали конференції.* Луганськ : Альма-матер. 2007. С. 95-104.
24. Мартиненко І. В. Логопсихологія: курс лекцій : навчальний  
    посібник. Київ : ДІА. 2014. 100 с.
25. Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. / М. К. Шеремет, О. В. Боряк. Суми: ФОП Цьома С. П., 2016. 252 с.
26. Основи етики спілкування з особами з інвалідністю: Навчально-методичний посібник / За ред. акад. В. М. Синьова. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 150 с.
27. Пайлозян Ж. А. Использование сказок и игр в процессе восстановления речевой коммуникации у пациентов с афазией. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 27. С. 144-149.
28. Педагогічний словник / За ред. Ярмаченко М.Д. Київ.: Педагогічна думка, 2001. 516с.
29. Реміняк І. В. Корекція депресивних порушень у хворих з больовими синдромами після перенесеного інсульту. *Український вісник психоневрології*. 2017. Том 25. № 1 (90). С. 31-32.
30. Розуменко А. О., Розуменко А. М. Елементи математичної  
    статистики: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Суми. Сумський національний аграрний університет, 2017. 92 с.
31. Романець В. А. Психологія творчості : навч. посібник. Київ : Либідь, 2001. 288 с.
32. Савицький А. М. Корекційно-відновлювальна робота з попередження аграматизму у дітей з моторною афазією на резидуальній стадії реабілітації. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* 2010. Вип. 16. С. 160-164.
33. Савицький А.М. Корекція мовленнєво-рухової діяльності у дошкільників з дитячою афазією: дис… канд. наук: 13.00.03 –Корекційна педагогіка. Київ, 2009.
34. Савінова Н. В. Складові технологічного конструкту системи диференційованої логокорекції. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова. 2016. Вип. 32. Ч. 2. С. 114-120.
35. Савінова Н. В. Теоретичні основи розвитку самоконтролю мовленнєвої діяльності. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. Київ : Університет «Україна». 2013. № 10. С. 86-100.
36. Савінова Н. В. Теорія мовленнєвої діяльності у площині логопедичного впливу. *Наука і освіта*. Київ: Національна академія педагогічних наук України. 2013. № 3. С. 136-139.
37. Синьов  В.М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Ч. І. Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки). Київ: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2007. 238 с.
38. Синьов В. М. Психологічні закономірності розвитку і соціалізації особистості як теоретико-методологічне підґрунтя розробки виховних і корекційних концепцій. *Актуальні проблеми юридичної психології*. Київ, 2006. С. 15-19.
39. Синьов В. М. Псхолого-педагогічні проблеми дефектології та  
    пенітенціарії. Київ: «МП Леся», 2010. 779 с.
40. Синьов В. М., Шевцов А. Г. Нова стратегія розвитку корекційної педагогіки в Україні. *Дефектологія*. 2004. № 2. С. 6-10.
41. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / гол. ред. В. І. Бондар. Луганськ : Альма-матер, 2003. 436 с.
42. Соботович Є.Ф., Тищенко В.В. Програмні вимоги до корекційного навчання з розвитку мовлення дітей старшого дошкільного віку з вадами інтелекту: Програмно-методичний комплекс. Київ: Актуальна освіта, 2004. 144 с.
43. Сулятицький І., Кравець Я.  Соціопсихологічні засади роботи з афазією як типовим порушенням мовлення після інсульту. *Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка*. 2018. № 30. С. 86-93. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Potip\_2018\_30\_15.
44. Тарасун В. В. Логодидактика Київ : Слово, 2011. –392 с.
45. Тарасун В.В. Морфофункціональна готовність дітей з особливостями розвитку до шкільного навчання: діагностика і формування. Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2008. 298 с
46. Тищенко В. В. Класифікації порушень мовленнєвого розвитку: сучасний стан, протиріччя та шляхи їх усунення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 29. С. 112-118
47. Тригуб Г. В. Нейролінгвістичні особливості мовленнєвих афазій. *Вісник Одеського національного університету. Серія : Психологія.* 2015. Т. 20, Вип. 1. С. 81-88. Режим доступу: [http: //nbuv.gov.ua/ UJRN /Vonu \_psi\_2015\_20\_1\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vonu_psi_2015_20_1_12).
48. Філоненко М. М. Психологія спілкування : підручник. Київ: Центр навчальної літератури, 2008. 224 с.
49. Фіцула М. М. Педагогіка : навч. посібник. Київ : Академія, 2000. 544 с.
50. Фомічова Л. І. Мова, мовлення та когнітивні процеси на ранніх етапах корекційного впливу. *Актуальні питання сурдопедагогіки: зб. наук. пр. НПУ імені М. П. Драгоманова*. Київ: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова. 2003. С.196-208.
51. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник. Київ: КНТ, 2006. 380 с.
52. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров’я. *Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського державного університету: Серія соціально-педагогічна.* Кам’янець-Подільський : ПП Мошинський В. С. 2006. № 6. С. 337-342.
53. Шеремет М. К., Загурська Г. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови. *Педагогіка та методики: спеціальні: збірник наукових статей НПУ імені М. П. Драгоманова.* Київ, 2001. № 1. С. 183-192.
54. Шеремет М. К. Особливості формування вищої форми передачі інформації. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Актуальні проблеми логопедії*. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. № 18. С. 291-293.
55. Шеремет М. К., Прокопенко А. В. Особливості розуміння мовленнєвого висловлювання у підлітків з афазією. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* 2011. Вип. 17. С. 286-288. Режим доступу: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2011_17_72>.
56. Шеремет М. К. Логопедія. Підручник. Київ: Слово. 2014. 672 с.
57. Bersano A., Burgio F., Gattinoni M. Aphasia burden to hospitalized acute stroke patients: need for an early rehabilitation programme, PROS II Study Group // Int. J. Stroke. 2009. N. 4(6). P. 443-447.
58. Berthier M. L. Posstroke aphasia: epidemiology, pathophysiology and treatment // Drugs Aging. 2005. N. 22(2). P. 163-182.
59. Chapey R. Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2008.

**Додаток А**

**Протокол дослідження стану гностико-праксичного**

**забезпечення мовлення**

П.І.Б. пацієнта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

І Зоровий гнозис

1. Предметний гнозис  **Оцінка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

a) реальних предметів

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| стіл | чашка | книга | | ручка | ключ | гудзик |
|  |  |  | |  |  |  |
| б) реалістичних зображень | | | |  |  |  |
| яблуко | лампа | ніж | | автомобіль | парасолька | гриб |
|  |  |  | |  |  |  |
| в) контурних зображень | | | |  |  |  |
| вагон | черепаха | дерево | | риба | ваза | крісло |
|  |  |  | |  |  |  |
| г) перекреслених зображень предметів | | | |  |  |  |
| метелик | лампа | конвалія | | молоток | балалайка | гребінець |
|  |  |  | |  |  |  |
| д) недомальовані предмети | | | |  |  |  |
| ножиці | ключ | лампа | | кліщі | лампочка | терези |
|  |  |  | |  |  |  |
| е) накладені зображення | | | |  |  |  |
| відро, ніж, праска,  молоток | | | відро/щітка/граблі/  сокира/молоток/ножиці | | чайник/пляшка/миска/  стакан/пляшка | |
|  |  | |  |  |  |  |
| ж) складені зображення (химери) | | | |  |  |  |
| слон ‒ равлик | | заєць ‒ риба | | | собака ‒ корова | |
|  |  |  | |  |  |  |

**2. Симультанний гнозис Оцінка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

а) Сприйняття простого сюжету «Ополонка»

Зміст зображення в цілому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Виділення суттєвого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Другорядні ознаки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б)Сприйняття простого сюжету «Сніданок»

Зміст зображення в цілому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Виділення суттєвого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Другорядні ознаки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Оптико-просторовий гнозис Оцінка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

а) визначення часу на схематичному годиннику б) розстановка стрілок на циферблаті

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 16:30 | 20:15 | 11:45 |

**ІІ Слуховий гнозис**

**4. Акустичне сприйняття Оцінка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

природні шуми \_\_\_\_\_\_\_\_, предметні шуми \_\_\_\_\_\_\_\_\_,

голоси тварин \_\_\_\_\_\_\_\_\_, знайомі мелодії \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**5. Фонематичний слух**

коса‒коза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ баран‒варан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

собор‒забор \_\_\_\_\_\_\_\_ лапша‒лоша\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дріт‒кріт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_......суп‒зуб \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ІІІ Рухи і дії**

**6. Кінестетичний мануальний праксис Оцінка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1) Тест «Відтворення пози пальців руки»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| *Права* | | *Ліва* | | *Права* | | *Ліва* | | *Права* | | *Ліва* | | *Права* | | *Ліва* | |
| 1. Копіювання положень кисті руки екзаменатора | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| *Права* | | *Ліва* | | *Права* | | *Ліва* | | *Права* | | *Ліва* | | *Права* | | *Ліва* | |
| з зор. опорою |  | з зор. опорою |  | з зор. опорою |  | з зор. опорою |  | з зор. опорою |  | з зор. опорою |  | з зор. опорою |  | з зор. опорою |  |
| без зор. опори |  | без зор. опори |  | без зор. опори |  | без зор. опори |  | без зор. опори |  | без зор. опори |  | без зор. опори |  | без зор. опори |  |
|  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| *Права* | | *Ліва* | | *Права* | | *Ліва* | | *Права* | | *Ліва* | | *Права* | | *Ліва* | |
| з зор. опорою |  | з зор. опорою |  | з зор. опорою |  | з зор. опорою |  | з зор. опорою |  | з зор. опорою |  | з зор. опорою |  | з зор. опорою |  |
| без зор. опори |  | без зор. опори |  | без зор. опори |  | без зор. опори |  | без зор. опори |  | без зор. опори |  | без зор. опори |  | без зор. опори |  |

**7.Кінестетичний оральний праксис Оцінка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Завдання | За інструкцією | За наслідуванням |
| відкрити рот |  |  |
| висунути язик |  |  |
| відвести язик вліво **–** вправо |  |  |
| надути щоки |  |  |
| надути одну щоку |  |  |
| накласти язик на верхню губу |  |  |
| накласти язик на нижню губу |  |  |
| розтягнути губи |  |  |
| поклацати язиком |  |  |
| подути |  |  |
| поцокати |  |  |

**8. Мімічний праксис** (оцінка активності стану міміки пацієнта) **Оцінка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

гіпермімічно / амімічно / гіпомімічно / норма

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Завдання | За інструкцією | За наслідуванням |
| Підняти брови |  |  |
| Насупитися |  |  |
| Посміхнутися |  |  |

**9. Динамічний мануальний праксис** (виконується 4‒5 разів) **Оцінка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«Кулак-долоня-ребро»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | За зразком | За інструкцією |
| Права рука |  |  |
| Ліва рука |  |  |

**10. Символічний праксис Оцінка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Символічні жести | За інструкцією | За наслідуванням |
| Здути пушинку з долоні |  |  |
| Почистити зуби |  |  |
| Порубати дрова |  |  |
| Поаплодувати |  |  |
| Поцілувати |  |  |
| Випити |  |  |

**11. Конструктивний праксис** **Оцінка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



**12. Динамічна координація рухів**  **Оцінка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1) Проби Хеда

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Помилки: *дзеркальність / труднощі розуміння / збільшення латентного періоду*

2) Перехресні проби. Орієнтація у правій-лівій стороні

Помилки: *дзеркальність / труднощі розуміння / збільшення латентного періоду*

**Додаток Б**

**Емоційно-сенсорні ігри**

**Ігри-знайомства**

**Гра «Хто поруч?»**

Гра проводиться, коли учасники сидять у колі. Починає гру логопед, назвавши своє ім’я. Учасник, який сидить ліворуч від нього, повинен назвати ім’я логопеда і своє. Наступний гравець далі за годинниковою стрілкою має назвати попереднє ім’я і своє, і так далі по колу. При необхідності можна застосовувати таблички з написаними іменами або прописувати їх на аркуші. Закінчує гру знову логопед, назвавши по іменах усіх учасників групи. З часом гру можна проводити в інших варіантах, ускладнюючи завдання.

**Гра «Мотузочка»**

Учасникам, які сидять по колу, дається мотузка, зв’язана на кінцях так, щоб утворилося кільце (довжина мотузки залежить від кількості учасників, які беруть участь у грі). Хворі беруться обома руками за мотузку. Завдання: «Не випускаючи з рук мотузку, побудувати трикутник, коло, прямокутник тощо». Спочатку виникає пауза і повна бездіяльність, потім хтось з учасників має запропонувати варіант рішення і далі керувати діями.

**Гра «Дзиґа»**

Учасники сидять навколо столу, в центрі якого стоїть дзиґа зі стрілкою. Логопед задає запитання, потім хтось із хворих (по черзі) розкручує дзиґу. На кого вкаже стрілка, той дає відповідь на запитання. Запитання можуть підбиратися за змістом ситуації, за темою заняття або залежно від поставлених завдань. (Як Вас звати? Хто Ви за професією? Ким Ви працюєте? Ким Ви хотіли б працювати? Ким би Ви могли працювати? Покажіть як Ви радієте. Покажіть як Ви дивуєтесь. Покажіть який Ви сердитий, коли злитеся. Покажіть який Ви, коли закоханий тощо.

**Ігри на сенсорну увагу**

**Гра «Хто це, що це?»**

Логопед пропонує прослухати звукозаписи природних шумів, звуків тварин, предметів; мелодії відомих пісень. Учасникам необхідно вгадати їх та отримати якомога більше фішок, за кількістю яких визначається переможець гри.

**Гра «Дегустатор»**

Логопед демонструє групі страву зі шматочків фруктів, овочів та інших харчів на шпажках. Завдання для учасників гри полягає в тому, що кожен з них, заплющивши очі, має вгадати на смак та охарактеризувати запропонований продукт. Почерговість виконання гри учасниками визначається за допомогою дзиґи.

**Гра «Мішок скарбів»**

Учасникам роздаються мішечки, наповнені різними речами: ґудзики, ковпачки, кришечки, квасоля, шишки, монети, горіхи і т. і. Логопед називає предмет, а учасники повинні, не дивлячись у мішок, на дотик знайти його у своєму мішечку.

**Гра «Парфумер»**

Для гри потрібно підготувати непрозорі пляшечки з ароматними речовинами: харчові ароматизатори (ваніль, кориця, імбир, перець, есенції); ефірні олії (ялівцева, лимонна, трояндова), побутові пахучі речовини (нафталін, дьоготь, спирт). На стіл викладають картки з зображеннями, що нагадують кожний аромат: булочка – ваніль; паличка кориці – кориця; груша – дюшес; міль – нафталін; бочка – дьоготь тощо). Учасникам необхідно вибрати пляшечку, вгадати аромат та знайти відповідну карточку.

**Емоційно-розігріваючі ігри**

**Гра «Привітання без слів»**

Кожен з учасників повинен привітатися з групою, демонструючи будь-яке невербальне вітання. Це може бути як безконтактна форма вітання (помахати рукою, кивнути головою, зробити реверанс), так і контактна (потиснути руку, обійняти). Також можна використовувати вітання, притаманні різним соціальним і етнічним групам: піонерський салют, японський уклін і ін. Решта учасників групи відповідають на вітання так само (кивають у відповідь, стискають простягнуту їм руку тощо).

**Гра «Оплески»**

Логопед починає: «Ми добре попрацювали, я хочу поаплодувати Сергію Петровичу, він сьогодні молодець!» і тихенько починає аплодувати. Учасник, якому аплодує логопед, обирає того, кому він хоче поаплодувати, тобто аплодують вже вдвох з логопедом наступному учаснику трохи голосніше. Другий учасник обирає кому він хоче аплодувати і логопед з першим хворим вже аплодують з ним і т. д. Таким чином останньому учаснику аплодує вся група максимально голосно.

**Гра «Ніхто в групі не знає, що я...»**

Кожен з учасників (по колу або в довільному порядку) доповнює фразу: «Ніхто в групі не знає, що я ... ». Наприклад: «Ніхто в групі не знає, що я сьогодні їв омлет», або «Ніхто в групі не знає, що найбільше в світі я боюся павуків» і т. ін. Можна запропонувати учасникам й інші фрази для доповнення: «Я дуже радий тому, що я ...»; «Ми всі сьогодні будемо ...».

**Пальчикова гімнастика**

Логопед вимовляє слова та демонструє вправи, а хворі, наскільки це можливо, повторюють за логопедом. При вираженому парезі верхньої кінцівки вправи нею виконуються пасивно, здоровою рукою виконуються активно.

**Вправа «На роботу»**

Стиснути пальці в кулак. По черзі розгинати їх, починаючи з великого. А зі словами: «Встали вчасно вci ...» широко розставити пальці.

Старший встав – не лінувався.

Вказівний за ним піднявся –

Розбудив сусід його.

Той – свого, а той свого.

Встали вчасно вci брати –

На роботу треба йти.

**Вправа «Доброго ранку»**

Пальцями правої руки по черзі «вітатися» з пальцями лівої руки, торкаючись один до одного кінчиками.

Доброго ранку, сонце привітне!

Доброго ранку, небо блакитне!

Доброго ранку, у небі пташки!

Доброго ранку тобі i мені!

**Вправа «Дні тижня»**

*У понеділок я прала,* (Потерти кулаки один до одного)

*Підлогу у вівторок підмітала.* (Кисті розслаблених рук опустити вниз і імітувати рухи по столу)

*У середу пекла ватрушки,* (Печемо «пиріжки»)

*Весь четвер ладнала подушки,* (Розставляти та стискати пальці обох рук, імітуючи збивання подушки)

*Чашки в п’ятницю помила,* (Пальці лівої руки напівзігнуті, долоня стоїть на ребрі, а вказівним пальцем правої руки водимо по колу всередині лівої руки)

*А в суботу торт купила.* (Долоні розкриті і з’єднані разом по стороні мізинців)

*Всіх кумоньок в неділю*

*На гостини запросила.* (Махаємо долонями до себе)

**Вправа «Квасимо капусту»**

*Ми капусту шаткували!* (Прямими, напруженими долонями імітуємо рухи сокири: уверх-униз)

*Солі в неї ми поклали!* (З’єднати кінчики пальців разом, «солимо капусту»)

*Ми капусту м’яли, дерли!* (Енергійно стискаємо пальці в кулачки, то одночасно на двох руках, то по черзі)

*Смачну моркву туди терли!* (Пальці однієї руки стиснуті в кулак і здійснюють ритмічні рухи уверх-униз по долоні іншої руки. По черзі міняємо руки).

**Вправа** **«Гроза»**

*Краплі перші впали,* (Двома пальцями кожної руки злегка постукати по столу)

*Павуків перелякали.* (Внутрішня сторона долоні опущена вниз; пальці злегка зігнути і, перебираючи ними, показати, як розбігаються павуки)

*Дощик стукотить сильніше,* (Постукати по столу всіма пальцями обох рук).

*Пташки розлетілися хуткіше* (Схрестивши руки, долоні з’єднати тильною стороною; махати пальцями, стискаючи їх).

*Дощ полив як із відра,* (Активно постукати по столу всіма пальцями обох рук).

*Розбіглася дітвора.* (Вказівний і середній пальці обох рук бігають по столу, зображуючи чоловічків; інші пальці притиснуті до долоні).

*У небі блискавка блискає,* (Намалювати пальцем у повітрі блискавку).

*Грім все небо крає.* (Барабанити кулаками, а потім поплескати в долоні).

*Ну а потім з хмари сонце* (Підняти обидві руки вгору, одночасно розімкнувши пальці рук).

*Зазирне нам у віконце!* (Вказівними пальцями обох рук «намалювати в повітрі» віконце).

**Додаток В**

**Логопедичні ігри**

Сценарій логопедичної вікторини для хворих з афазією до тематичного заняття «Рибалка»

Мета: закріплення здобутків попередніх видів роботи заняття, відновлення мовленнєвого спілкування.

Завдання:

1. Відновлення розуміння смислового значення слів.

2. Збільшення кількості вживаних дієслів та іменників.

3. Попередження аграматизму.

4. Закріплення фраз на теми дня.

Хід вікторини

*Вступ*

Логопед знайомить хворих з видом діяльності і формою її проведення. По можливості хворі поділяються на дві команди. За допомогою жеребкування визначається, яка команда відповідатиме першою. За вірну відповідь команда отримує фішку, що допоможе визначити переможців.

*Перший гейм «Правда чи ні?»*

1. Рак живе в своїй норі.

2. А мальки живуть в корі.

3. Весною з під льоду виплигують носороги.

4. У карасика страшний тато – бобер волохатий.

5. Пуголовків їсть щука.

6. Рибак, щоб риба ловилась, по каструлі грюкає.

*Другий гейм «Де була я, не скажу, але що робила, покажу»*

Логопед показує дії, а хворі вгадують: свердлила (лід), закидала (вудочку), крутила (котушку), ловила (на мормишку), закидала (сіть), варила (юшку), їла (рибу), їла (юшку).

*Третій гейм* «Зміст прислів’я»

1. Рибак рибака бачить здалека.

2. Хороший рибак по кльову мусить знати, як рибку звати.

3. Вудка мокне, а рибак сохне.

5. Наперед невода рибою не хвались.

6. Перше в волок подивися, тоді й рибою хвалися.

7. Рибачив, рибачив, а риби не бачив.

8. Сидить Семен під кручею, ловить раків онучею.

9. Велика риба малу цілою ковтає.

*Четвертий гейм* «Відгадай загадку»

* 1. У хатах прозорих усi вони живуть,

Можeш ти їх бачити, та не можеш чути. (Риба)

2. У cтавку найбiльша злюка –

Це зубаста xижа … (Щука)

3. Ляжe й спить на глибинi

З шаром мулу на спинi,

Тільки вуcа повертає,

Що навколо – вcе вiн знає! (Сом)

4. Чорну гадюку візьму я в руку – вона не вкусить. (В’юн)

*П’ятий гейм* «Закінчи речення»

Рибак ловить (що?) \_\_\_\_\_ (чим?) \_\_\_\_\_\_.

Рибак чистить (що?) \_\_\_\_\_ (чим?) \_\_\_\_\_\_.

На рибалку беруть (що?) \_\_\_\_\_(з чим?) \_\_\_\_\_\_.

Рибак готує (що?) \_\_\_\_\_ (з чим?) \_\_\_\_\_\_\_.

Увечері розводять (що?) \_\_\_\_\_\_ (чим?) \_\_\_\_\_\_.

З риби варять (що?) \_\_\_\_\_\_\_ (з чим?) \_\_\_\_\_\_\_.

*Шостий гейм* «Підбери іменник»

Піймав (що?) \_\_\_\_\_\_\_\_. Займався (чим?) \_\_\_\_\_\_\_\_.

Боявся (чого?) \_\_\_\_\_\_\_\_. Чекав (чого?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Заморився від (чого?) \_\_\_\_\_\_. Забув (що?) \_\_\_\_\_\_\_\_.